


**Richiesta copia documentazione Sanitaria**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Carta d'Identità n° \_\_\_\_\_ in qualità di:

- intestatarario**
- altra persona** avente diritto (compilare autocertificazione sul retro del presente modulo)

Del sig./ra \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**Con la presente richiede alla Direzione Sanitaria del Policlinico San Marco di Istituti Ospedalieri Bergamaschi, il rilascio della seguente documentazione:**

- **copia della cartella clinica n°:** \_\_\_\_\_

- **copia di altro documento:** \_\_\_\_\_

relativa al ricovero/accesso avvenuto in data \_\_\_\_\_

presso l'Unità Operativa di \_\_\_\_\_

**copia autentica rilasciata su supporto informatico (CD) validata con Firma Digitale.**  
(il costo della copia della documentazione richiesta è di 26€+eventuali spese di spedizione di 10,50€)

**copia autentica scaricabile on-line validata con Firma Digitale.**  
(il costo della copia della documentazione richiesta è di 22€)

**E-MAIL** \_\_\_\_\_ **CELLULARE** \_\_\_\_\_

**copia autentica in formato cartaceo della documentazione sanitaria**  
(il costo della copia della cartella clinica è di 45€+eventuali spese di spedizione di 18€)  
(il costo della copia di altra documentazione è di 18€+eventuali spese di spedizione di 10,50€)

Chiedo che la documentazione da me richiesta venga spedita a mie spese, previo pagamento\*, con Raccomandata A.R. al seguente indirizzo:

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

*Eventuali integrazioni potranno essere poi inviate successivamente*

**\*ISTRUZIONI DI PAGAMENTO**

E' POSSIBILE EFFETTUARE IL PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO INTESTATO A:

**ISTITUTI OSPEDALIERI BERGAMASCHI SRL**
**BANCA POPOLARE DI SONDRIO FILIALE DI OSIO SOTTO (BG) IBAN IT 54 X 056965329000003580X75**

• LA DOCUMENTAZIONE, COMPLETA DI:

1. **RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (IL PRESENTE MODULO COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI E FIRMATO)**
2. **COPIA DOCUMENTO/I D' IDENTITÀ**
3. **RICEVUTA DEL BONIFICO EFFETTUATO**

 DEVE ESSERE INVIATA MAIL ALL'INDIRIZZO: [ARCHIVIO.PSM@GRUPPOSANDONATO.IT](mailto:ARCHIVIO.PSM@GRUPPOSANDONATO.IT) O VIA FAX AL NUMERO 035886477 INDICANDO NELLA CAUSALE IL NOME DEL PAZIENTE ED IL NUMERO DI CARTELLA CLINICA/DOCUMENTO RICHIESTO.

**LA CARTELLA CLINICA/DOCUMENTO RICHIESTO VERRÀ FORNITA SOLO DOPO L'INVIO DI TUTTI E TRE I DOCUMENTI NECESSARI**


**Richiesta copia documentazione Sanitaria**
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'  
(artt. 46 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n.445)**
**Io sottoscritto DICHIARO di:**

- Esercitare la **potestà genitoriale** sul minore intestatario
- Essere **Tutore/Curatore** dell'intestatario

 estremi del provvedimento di Nomina alla Tutela/Curatore:
   
  
 \_\_\_\_\_

- Essere **Amministratore di sostegno** dell'intestatario

Allegare documento attestante i poteri attribuiti all'amministratore sulla salute e cura del  
paziente

- In caso di soggetto defunto: essere **persona avente interesse proprio (es. familiare, erede), che agisce a tutela dell'interessato o in qualità di suo mandatario, o per ragioni familiari meritevoli di protezione, ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, art. 2 terdecies c.1,** dell'intestatario

Allegare certificato di morte dell'intestatario e copia del documento di identità

**DICHIARO di essere a conoscenza :**

- di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. 445/00 sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e dal successivo art. 76 sulla responsabilità penale cui si può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci , sotto la propria responsabilità;
- che i dati personali da me forniti saranno utilizzati esclusivamente ai fini dell'espletamento della presente richiesta nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali (Art. 13 - GDPR - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati UE/2016/679).
- in caso di richiesta di copia scaricabile on-line che la procedura sarà possibile attraverso un'apposita area internet ad accesso sicuro e riservato così come previsto dalla normativa vigente. Il richiedente riceverà una e-mail all'indirizzo indicato contenente le istruzioni atte a scaricare il documento in formato elettronico. La e-mail sarà preceduta da un SMS al numero indicato.

Osio Sotto, il \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_ L'Operatore \_\_\_\_\_

**Allegare alla presente copia fronte-retro del documento d'identità dell'intestatario  
e, se diverso dallo stesso, del richiedente**