



Richiesta copia documentazione Sanitaria

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

Carta d'Identità n° _____ in qualità di:

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

Del sig./ra _____

Nato/a a _____ il _____

Con la presente richiede alla Direzione Sanitaria del Policlinico San Pietro 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 INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE**

- È POSSIBILE EFFETTUARE IL PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO INTESTATO A:
ISTITUTI OSPEDALIERI BERGAMASCHI SRL
BANCA INTESA SAN PAOLO, FILIALE DI VIA CAMOZZI, 27 -BERGAMO, IBAN: IT98 H030 6911 1001 0000 0071 433
- 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 VIA MAIL ALL'INDIRIZZO: ARCHIVIO.PSP@GRUPPOSANDONATO.IT OPPURE VIA FAX AL NUMERO 035 604424 INDICANDO NELLA CAUSALE IL NOME DEL PAZIENTE ED IL NUMERO DI CARTELLA CLINICA/DOCUMENTO RICHIESTO.
LA CARTELLA CLINICA/DOCUMENTO RICHIESTO VERRA' FORNITA SOLO DOPO L'INVIO DI TUTTI E TRE I DOCUMENTI NECESSARI
PER INFORMAZIONI: TELEFONARE AL NUM 035 604214 IL LUNEDI', IL MERCOLEDI' ED IL VENERDI' DALLE ORE 9:00 ALLE ORE 13:00

Richiesta copia documentazione Sanitaria

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETÀ (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 (Regolamento Europeo 679/2016- GDPR).
- 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.

Ponte San Pietro, 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 e dell'eventuale delegato al ritiro**

RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

DELEGA AL RITIRO

- Delego al ritiro della documentazione a me intestata o da me richiesta come avente diritto:

Il/La Sig./ra _____ Carta d'Identità n° _____ **(allegare fotocopia)**

Firma del richiedente _____

FIRMA E DATA DI CHI RITIRA LA DOCUMENTAZIONE :

Ponte San Pietro, il _____ Firma _____ L'Operatore _____