



## Richiesta copia CD o immagine radiologica

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 delle immagini radiologiche e del/i referto/i medico/i relativi all'/gli esame/i avvenuto/i in/nelle data/e: \_\_\_\_\_

In seguito a:

- Un ricovero in degenza presso il Policlinico San Pietro
- Una prestazione eseguita presso il Servizio di Radiologia
- Una prestazione erogata presso il Servizio di Pronto Soccorso

**Il costo della copia della documentazione richiesta su supporto digitale (CD) è di 10€ + eventuali spese di spedizione di 10,50 €\***

**Il costo della copia della documentazione richiesta su lastra è di 10€ per ogni lastra + eventuali spese di spedizione di 18€\***

- 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. \_\_\_\_\_

### \* **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:
  - RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (IL PRESENTE MODULO COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI E FIRMATO)
  - COPIA DOCUMENTO/I D'IDENTITÀ
  - RICEVUTA DEL BONIFICO EFFETTUATO

DEVE ESSERE INVIATA VIA MAIL ALL'INDIRIZZO: [REFERTIRADIOLOGIA.PSP@GRUPPOSANDONATO.IT](mailto:REFERTIRADIOLOGIA.PSP@GRUPPOSANDONATO.IT) OPPURE VIA FAX AL NUMERO 035/604360 INDICANDO NELLA CAUSALE: "COPIA DOCUMENTO" E IL NOME DEL PAZIENTE.


**Richiesta copia CD o immagine radiologica**
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETÁ  
(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 **erede o familiare avente un interesse proprio** ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n.196, art.92 comma 2, dell'intestatario della documentazione richiesta  
Allegare certificato di morte 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 \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_