Policlinico San Marco
Gruppo San Donato

Richiesta copia cartella clinica

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

con la presente richiede alla Direzione Sanitaria del Policlinico San Marco di Istituti Ospedalieri Bergamaschi, il rilascio della **copia della cartella clinica n°**_____ ☐ 1° copia ☐ successiva*

relativa al ricovero avvenuto in data_____

presso l'Unità Operativa/Servizio di _____

FORMATO COPIA CARTELLA CLINICA

☐ **copia autentica scaricabile on-line validata con Firma Digitale (1° copia gratuita)**

***E-MAIL*_____*CELLULARE*_____**

☐ **copia autentica rilasciata su supporto informatico (CD) validata con Firma Digitale** (26€ + eventuali spese di spedizione di 10,50€)

☐ **copia autentica in formato cartaceo della cartella clinica** (45€ + 18€ di spese di spedizione)

*** PER LE RICHIESTE SUCCESSIVE ALLA PRIMA È PREVISTO IL PAGAMENTO DEI SEGUENTI COSTI**

- Copia autentica scaricabile on-line validata con firma digitale (22€)
- Copia autentica rilasciata su supporto informatico (CD) validata con firma digitale (26€ + eventuali spese di spedizione di 10,50€)
- Copia autentica in formato cartaceo della cartella clinica (45€ + 18€ di spese di spedizione)

ISTRUZIONI DI PAGAMENTO

E' POSSIBILE EFFETTUARE IL PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO INTESTATO A:
ISTITUTI OSPEDALIERI BERGAMASCHI SRL
BPER FILIALE DI OSIO SOTTO (BG) IBAN IT03N0538753290000049243122

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

IN CASO DI RICHIESTA ON LINE, TUTTA LA DOCUMENTAZIONE:

1. RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA (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 O VIA FAX AL NUMERO 035886477**
INDICANDO NELLA CAUSALE IL NOME DEL PAZIENTE ED IL NUMERO DI CARTELLA CLINICA RICHIESTA.
LA CARTELLA CLINICA RICHIESTA VERRÀ FORNITA SOLO DOPO IL RICEVIMENTO DEI TRE DOCUMENTI NECESSARI

Policlinico San Marco
Gruppo San Donato

Richiesta copia cartella clinica

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