


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
BPER FILIALE DI OSIO SOTTO (BG) IBAN IT03N0538753290000049243122

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 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**