Policlinico San Pietro
Gruppo San Donato

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°:** _____ □1^ copia □successiva
- **copia di altro documento:** _____ □1^ copia □successiva

relativa al ricovero/accesso avvenuto in data_____

presso l'Unità Operativa di _____

☐ **copia autentica rilasciata su supporto informatico (CD) validata con Firma Digitale.**

☐ **copia autentica scaricabile on-line validata con Firma Digitale.**

E-MAIL_____***CELLULARE***_____

☐ **copia autentica in formato cartaceo della documentazione sanitaria.**

☐ 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

*** LA PRIMA RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA È GRATUITA;**
PER LE RICHIESTE SUCCESSIVE È PREVISTO IL PAGAMENTO DEI SEGUENTI COSTI

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

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 LUNEDÌ, IL MERCOLEDI' ED IL VENERDÌ DALLE ORE 8:30 ALLE ORE 12:30 (SSN); IL MARTEDÌ ED IL GIOVEDÌ DALLE ORE 09:00 ALLE ORE 10:30 (SOLVENZA)

Policlinico San Pietro
Gruppo San Donato

Richiesta copia documentazione Sanitaria

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 **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 _____