

**RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA/SOCIOSANITARIA**

Io sottoscritto/a

(cognome) e (nome) _____ Nato/a il _____

a _____ Prov. _____ Stato di Nascita _____

Residente a _____ Via _____ N _____

Prov. _____ CAP _____ Codice Fiscale _____

Telefono (fisso e/o cellulare) _____

e-mail (se in possesso) _____

DICHIARO DI ESSERE*Barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

- Il **diretto interessato**
- Il **diretto interessato analfabeta** (Doc Id n. _____) firma dell'addetto _____
- Il **delegato dell'intestatario doc sanitaria**
(cognome) e (nome) _____
nato il _____ a _____ Prov _____
- Il **genitore / esercente la responsabilità genitoriale del minore**
(cognome) e (nome) _____
nato il _____ a _____ Prov _____
- Il **tutore** Il **curatore** **L'amministratore di sostegno**
di (cognome) e (nome) _____
nato il _____ a _____ Prov _____
- L'erede (legittimo o testamentario)**
di (cognome) e (nome) _____ nato il _____
a _____ Prov _____ deceduto il _____ a _____
- Il **coniuge/convivente in unione civile di**
(cognome) e (nome) _____
nato il _____ a _____ Prov _____
- Il **figlio (solo in assenza del coniuge) dell'intestatario doc sanitaria**
(cognome) e (nome) _____
nato il _____ a _____ Prov _____
- Altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado dell'intestatario doc. sanitaria**
(cognome) e (nome) _____
nato il _____ a _____ Prov _____
- Difensore di parte** (art. 391 c.p.p.) dell'intestatario doc sanitaria
- Altro*** (specificare) di (cognome) e (nome) _____

*La Direzione Medica si riserva di vagliare il "titolo di avente diritto" e quindi di procedere al rilascio od al diniego di copia di documentazione sanitaria. (Legge 241/1990; DPR 184/2006)

CHIEDO

- Copia della cartella clinica (*compilare riquadro sotto riportato*)
- Copia prestazione ambulatoriale (es. referto visita, esami lab., cartelle consultoriali, certificazioni varie (*compilare riquadro sotto riportato*))

DATI RELATIVI ALLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA RICHIESTA:

Reparto	Data ricovero / prestazione ambulatoriale	SE Prestazione ambulatoriale: specificare (referto visita, esami laboratorio, cartella ambulatoriale, altro)

SCELGO DI: (*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*)

COPIA CARTACEA

Modalità del ritiro:

- Ritirare la copia di persona allo sportello CUP (lunedì-venerdì 8.00-14.00) con documento di identità
- Ricevere la **copia cartacea per posta**, (in tal caso consegnerò la richiesta allo sportello o invierò richiesta copia doc san con posta elettronica certificata) con spese a mio carico, all'indirizzo (*specificare solo se diverso da quello già indicato*)
Via _____ Comune _____ CAP _____ Prov. _____
- Far ritirare la copia ad una persona delegata (compilare apposito modulo + doc. identità delegato e delegante)

COPIA DIGITALE (valida per Cartelle di ricovero, BIC, MAC)

Io sottoscritto/a chiedo che l'ASST PG23 renda disponibile in formato elettronico, via *internet*, con accesso sicuro e riservato la documentazione oggetto della presente istanza. Autorizzo, inoltre, l'ASST PG23 di Bergamo, a comunicarmi sia all' indirizzo di posta elettronica che al numero di mobile (SMS) sotto riportati gli elementi utili all'accesso per lo scarico della documentazione – in modalità sicura – su un mio dispositivo informatico.

Recapiti per la consegna telematica: Indirizzo di posta elettronica

Cellulare + 39

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SONO CONSAPEVOLE CHE

Le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000T.U. sulla documentazione amministrativa).

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____ Firma (*per esteso e leggibile*) _____