

**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*) \_\_\_\_\_