

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) _____
Posta elettronica (se in possesso) _____

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

- Il diretto interessato**
- Il diretto interessato che non conosce la lingua italiana** (firma mediatore culturale _____)
- Il delegato dell'intestataro della documentazione sociosanitaria** (→ vedi sezione di delega seguente)
(cognome e nome) _____
nato il _____ a _____ Prov. _____
- Il genitore / esercente la responsabilità genitoriale**
del minore (cognome e nome) _____
nato il _____ a _____ Prov. _____
- L'amministratore di sostegno** **Il curatore** **Il tutore**
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 / l'altra parte dell'unione civile**
di (cognome e nome) _____
nato il _____ a _____ Prov. _____
- Il figlio (solo in assenza del coniuge) dell'intestataro** della documentazione sanitaria /sociosanitaria
(cognome e nome) _____
nato il _____ a _____ Prov. _____
- Altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado dell'intestataro** della documentazione sanitaria /
sociosanitaria
(cognome e nome) _____
nato il _____ a _____ Prov. _____
- Difensore di parte** (art. 391 c.p.p.) dell'intestataro della documentazione sociosanitaria (allego atto di nomina)
- 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 della documentazione sanitaria richiesta. (Legge 241/1990; DPR 184/2006)

CHIEDO

- COPIA DELLA CARTELLA CLINICA *(compilare riquadro sotto riportato)*
- COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE AMBULATORIALE (es. referto visita, esami lab., cartelle consultoriali, certificazioni varie *((compilare riquadro sotto riportato)*)

DATI RELATIVI ALLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA RICHIESTA:

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

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

COPIA CARTACEA

Ritiro di persona allo sportello CUP (previo appuntamento) con documento di identità

Invio **per posta**, con spese a mio carico, all'indirizzo: (n.b. *specificare solo se diverso da quello già indicato*)
 Via _____ Comune _____ CAP _____ Prov. _____
 a tal fine consegnerò la presente richiesta allo sportello CUP o la invierò con posta elettronica certificata PEC, all'indirizzo: ufficioprotocollo@pec.asst-pg23.it

Consegnare copia alla persona delegata (vedasi sezione delega)

COPIA DIGITALE ACCESSIBILE DA REMOTO (disponibile per cartelle di ricovero, BIC, MAC)
 Autorizzo a tal fine, l'ASST PG23 di Bergamo, a comunicarmi sia all'indirizzo di posta elettronica sia al numero di mobile (via SMS) sotto riportati le credenziali per l'accesso da remoto e l'acquisizione della copia digitale.
Recapiti per la consegna telematica: (se a soggetto delegato, vedasi sezione delega)

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

Dichiaro 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)* _____

SEZIONE PER LA DELEGA

Io sottoscritto/a

(cognome e nome) _____

IN QUALITÀ DI

diretto interessato

genitore amministratore di sostegno curatore tutore

di (cognome e nome) _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

DELEGO

(cognome e nome) _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Stato di Nascita _____

Residente a _____ Via _____ N _____

Prov. _____ CAP _____ Codice Fiscale _____

A **RICHIEDERE** la copia della documentazione sociosanitaria

A **RITIRARE** presso lo sportello / **RICEVERE** per vita telematica la copia richiesta

ALLEGO

la copia di un documento di identità in corso di validità di **me delegante** e del **soggetto da me delegato**.

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

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