



## Richiesta copia documentazione Sanitaria

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/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 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 22€+eventuali spese di spedizione di 7,5€)

- 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 40€+eventuali spese di spedizione di 18€)  
(il costo della copia di altra documentazione è di 15€+eventuali spese di spedizione di 7,5€)

- 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  
BANCA DI APPOGGIO: BANCA POPOLARE DI SONDRIO FILIALE DI OSIO SOTTO (BG) IBAN IT 54 X 0569653290000003580X75

**INVIARE COPIA DEL BONIFICO VIA MAIL A [ARCHIVIO.PSM@GRUPPOSANDONATO.IT](mailto:ARCHIVIO.PSM@GRUPPOSANDONATO.IT) O VIA FAX AL NUMERO 035886477.**



## 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 **erede o familiare avente un interesse proprio** ai sensi dell' art. 13 – GDPR – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE/2016/679), dell'intestatario della documentazione richiesta

Allegare certificato di morte 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**