

## Il/La sottoscritto/a ………………………………………….….………………………………...……………………………….……..

Nato/a a…………………...…..…... Prov. …... il …………..…… Residente a ………….……..….……….….. … Prov. …..…

## cap. ………. Via/Piazza ………..………….…………………………...…… n……… Tel. n. ………………………………….....

documento di identità n. …………………….…. rilasciato da ………………………….………....…………… il …………..……

consapevole delle pene previste dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/00 per mendaci dichiarazioni e falsità in atti e che la presente dichiarazione è soggetta al controllo dell’ASST Bergamo Est ai sensi dell’art. 71 del medesimo D.P.R.

# DICHIARA (barrare la voce che interessa)

**[ ]** di essere erede legittimo **[ ]** di essere tutore (nomina del Tribunale di )

**[ ]** di essere genitore esercente la potestà **[ ]** di essere curatore (nomina del Tribunale di )

**di Cognome e Nome** …………...…………………………...….……… **Nato/a il** …………..……… **a** ……………..……………..

# CHIEDE (barrare la voce che interessa)

**[] COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA in disponibilità entro 7 giorni e relativa a:**

Ricovero nel Reparto di …………..……………………….. dal …….…….……….… al .…….….……..…. n. pratica ……….………….

(€15,00 fino a 60 fogli fotocopiati. Per ogni gruppo di massimo 10 fogli oltre i 60, maggiorazione di € 2,00. Tariffa massima applicabile per ogni copia richiesta non superiore a € 99,00. In caso di spedizione postale, l’eventuale importo integrativo dovrà essere corrisposto al portalettere)

# COPIA DELLA CARTELLA in formato cartaceo

(€15,00 fino a 60 fogli fotocopiati. Per ogni gruppo di massimo 10 fogli oltre i 60, maggiorazione di € 2,00. Tariffa massima applicabile per ogni copia richiesta non superiore a € 99,00. In caso di spedizione postale, l’eventuale importo integrativo dovrà essere corrisposto al portalettere)

**[ ] CLINICA:** Ricovero nel Reparto di …………..……………… dal …….…….……….… al .…….….……..…….. n. pratica ...…....………….

**[ ] AMBULATORIALE:** Ambulatorio di ……………………………..…................................ dal …………………..…. al ………………………

**[ ] CPS [ ] NPI *EVENTUALE IMPORTO INTEGRATIVO DA CORRISPONDERE AL RITIRO € ………..…….……***

**[ ] CARTELLA in formato digitale (solo per ricoveri presso ospedale di Seriate, Alzano, Piario e Lovere): €.19,00**

# COPIA ESAMI ESEGUITI IN OCCASIONE DEL RICOVERO

(Diagnostica Radiologica: € 5,00 per ogni copia di CD da corrispondere all’atto del ritiro – Coronarografia: € 10,00 da corrispondere all’atto della richiesta)

Ricovero nel Reparto di …………..…………………………. dal …….…….…..…....… al .……….…..…..…….. n. pratica …...............………..

# [ ] CD RX [ ] CD TAC [ ] CD RMN [ ] CD ECOGRAFIA [ ] CD CORONAROGRAFIA

### IMPORTO DA CORRISPONDERE AL RITIRO € ……………………………..…………………….…

[ ] **DUPLICATO ESAME ELETTROENCEFALOGRAMMA (E.E.G.) CON REFERTO** (€ 10,00 da corrispondere all’atto della richiesta)

[ ] **COPIA DOCUMENTAZIONE AMBULATORIALE** (€ 2,00 a foglio da corrispondere all’atto del ritiro)

Ambulatorio di ……………...…………………………………………………....……prestazione del ...…………………………….…….………...

# COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI PRONTO SOCCORSO – Accesso N. ……….………. del ……………….….

(€ 5,00 per ogni copia di CD e € 2,00 per ogni richiesta cartacea refertata. Gli importi dovranno essere corrisposti all’atto del ritiro)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **[ ]** verbale  **[ ]** consulenza | **[ ]** CD TAC con referto  **[ ]** CD RMN con referto | **[ ]** E.C.G.  **[ ]** Esami di laboratorio |
| **[ ]** CD RX con referto | **[ ]** CD ECOGRAFIA con referto |  |

### IMPORTO DA CORRISPONDERE AL RITIRO € ……………………………………………….……..

**Per il ritiro:**

**[ ] Barrare solo in caso di richiesta di copie conformi**

**[ ]** chiede che la copia della documentazione venga recapitata per posta (con spese a carico) in busta chiusa raccomandata, sollevando

l’Azienda da ogni responsabilità ad essa non imputabile, al seguente indirizzo ……………………………………………………….……

**[ ]** inoltrare la documentazione presso il CUP dell’Ospedale di ……………………………………………………………………………………….

**[ ]**inoltrare cartella clinica digitale alla mail o PEC……………………………………………………………………………………………………

…………….……….. … ……………………

Luogo e data di sottoscrizione Firma del Richiedente

(Se la presente istanza non è sottoscritta davanti al dipendente addetto deve essere allegata la fotocopia del documento di identità del richiedente)

***Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE***: tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all’ASST Bergamo Est saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Reg. 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l’ASST Bergamo Est. L’Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli da a 15 a 22 del Reg. 679/2016/UE. Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'Ente è il seguente soggetto: LTA Srl - P. IVA n. 14243311009 - Via Vicolo delle Palle, 25 - CAP 00186 - Città Roma – Nominativo del DPO: Dott. Luigi Recupero, contattabile all’indirizzo [privacy@pec.asst-bergamoest.it](mailto:privacy@pec.asst-bergamoest.it)

**ASST Bergamo Est MODULO DA UTILIZZARE PER LA DELEGA AL RITIRO DELLA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Il/la Sottoscritto/a ………………………….…………...……….…… delego il/la Sig./ra …..……………..…..………………………………….….

(Cognome e Nome del richiedente) (Cognome e Nome del delegato)

nato/a il …………..…… a ………………..….…….. documento di identità n. ……………………. rilasciato da …………….……………….

il ……………..…… a ritirare la documentazione sanitaria richiesta in data ……..……..…… Prot. N. ……………………………………….

……………………………………… ………………………………

Firma del richiedente Firma del delegato