

**RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA/SOCIOSANITARIA**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ 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.

**DICHIARO DI ESSERE**

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

- ☐ **Il diretto interessato**
- ☐ **Il diretto interessato che non conosce la lingua italiana** (*firma mediatore culturale* \_\_\_\_\_)
- ☐ **Il genitore / esercente la responsabilità genitoriale**  
 del minore (*cognome e nome*) \_\_\_\_\_  
 nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_
- ☐ **L'amministratore di sostegno** ☐ **Il curatore** ☐ **Il tutore** (*allegato atto di nomina*)  
 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** (→ vedi sezione di delega seguente)  
 di (*cognome e nome*) \_\_\_\_\_  
 nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_
- ☐ **Il figlio (solo in assenza del coniuge) dell'intestatario** della documentazione sanitaria /sociosanitaria (→ vedi sezione di delega seguente)  
 (*cognome e nome*) \_\_\_\_\_  
 nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_
- ☐ **Altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado dell'intestatario** della documentazione sanitaria /sociosanitaria (→ vedi sezione di delega seguente)  
 (*cognome e nome*) \_\_\_\_\_  
 nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_
- ☐ **Difensore di parte** (art. 391 c.p.p.) dell'intestatario della documentazione sociosanitaria (*allegato atto di nomina*)
- ☐ **Altro** (*specificare*) \_\_\_\_\_ di (*cognome e nome*) \_\_\_\_\_  
 (→ vedi sezione di delega seguente)

## CHIEDO di RICEVERE

barrare la voce che interessa e scrivere le informazioni richieste

**COPIA della CARTELLA CLINICA di degenza** riferita all'episodio di ricovero (compila tabella seguente)

| Ospedale | Reparto | Periodo di ricovero      | N. cartella |
|----------|---------|--------------------------|-------------|
|          |         | dal __/__/__ al __/__/__ |             |

- ☐ in formato cartaceo  
☐ in formato digitale

DICHIARO che trattasi di richiesta di

- ☐ **PRIMA COPIA** e di non aver mai ricevuto copia della documentazione sopra richiesta  
☐ **COPIA successiva alla prima**

CHIEDO di disporre della copia della cartella

- ☐ in tempo ordinario  
☐ entro 7 giorni lavorativi, perché richiesta che dichiaro rivestire carattere d'urgenza, consapevole che la Struttura potrebbe non disporre della documentazione di ricovero completa

**COPIA ESAME/I** eseguito/i in regime di ricovero (compila tabella seguente)

- ☐ **CD RX**      ☐ **CD RMN**      ☐ **CD TAC**      ☐ **CD ECOGRAFIA**      ☐ **CD CORONAROGRAFIA**

| Ospedale | Reparto | Periodo di ricovero      | N. cartella |
|----------|---------|--------------------------|-------------|
|          |         | dal __/__/__ al __/__/__ |             |

**COPIA CARTELLA CLINICA AMBULATORIALE**

- ☐ Ambulatorio di \_\_\_\_\_ dal \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_  
☐ CPS, dal \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_  
☐ NPI, dal \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_

☐ **COPIA FASCICOLO SOCIO ASSISTENZIALE E SANITARIO (FASAS)**

☐ **DUPLICATO ESAME ELETTROENCEFALOGRAMMA (E.E.G.) CON REFERTO**

☐ **COPIA DOCUMENTAZIONE AMBULATORIALE**

Ambulatorio di \_\_\_\_\_ prestazione del \_\_/\_\_/\_\_

☐ **COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI PRONTO SOCCORSO** Accesso N. \_\_\_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_

- |                                            |                                                   |                                               |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> verbale           | <input type="checkbox"/> CD TAC con referto       | <input type="checkbox"/> E.C.G.               |
| <input type="checkbox"/> consulenza        | <input type="checkbox"/> CD RMN con referto       | <input type="checkbox"/> Esami di laboratorio |
| <input type="checkbox"/> CD RX con referto | <input type="checkbox"/> CD ECOGRAFIA con referto | <input type="checkbox"/> _____                |

**IMPORTO DA CORRISPONDERE AL RITIRO IN ACCORDO CON LE TARIFFE PUBBLICATE SUL SITO WEB ISTITUZIONALE € \_\_\_\_\_**

☐ **Barrare solo in caso di richiesta di copie conformi**

**Per il ritiro, presa visione dei costi riportati sul sito aziendale:**

- ☐ chiedo 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)**



## 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

### ALLEGRO

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) \_\_\_\_\_