

**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 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 /socosanitaria  
 (*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 (*allegato atto di nomina*)
- Altro** (*specificare*) \_\_\_\_\_ di (*cognome e nome*) \_\_\_\_\_

### 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 \_\_/\_\_/\_\_

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

**COPIA DOCUMENTAZIONE AMBULATORIALE**

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

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

- verbale                                       CD TAC con referto                                       E.C.G.  
 consulenza                                       CD RMN con referto                                       Esami di laboratorio  
 CD RX con referto                                       CD ECOGRAFIA con referto                                       \_\_\_\_\_

**IMPORTO DA CORRISPONDERE AL RITIRO € \_\_\_\_\_**

**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

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