



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 fotocopati. 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 fotocopati. 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 referata. Gli importi dovranno essere corrisposti all'atto del ritiro)

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:

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

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