ATTO N° _____

Spett.le ASST BERGAMO OVEST
Ufficio cartelle Cliniche
PEC: protocollo@pec.asst-bgovest.it
PEO: ufficio_protocollo@asst-bgovest.it

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____ (__) Residente a _____ (__)

CAP _____ via/piazza _____ n° ___ Tel/Cell_____

Mail _____ Documento d'identità n. _____

In qualità di:

☐ Intestatario della documentazione sanitaria (diretto interessato)
☐ Legittimato (compilare "Dichiarazione sostitutiva di certificazione")
☐ Tutore/Amministratore di Sostegno (allegare copia dell'atto di nomina)

del Sig./Sig.ra Cognome e Nome**:** _____

Nato/a il _____ a_____ (__)

Residente a _____ (__) CAP _____ via/piazza _____ n°

CHIEDE il rilascio di COPIA della

☐ cartella clinica del ricovero
☐ verbale prestazione Pronto Soccorso
☐ Altra documentazione sanitaria _____

SI RICORDA CHE LE CARTELLE CLINICHE PRODOTTE DAL 03/06/2026 SONO DISPONIBILI E SCARICABILI DAL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE).

Per ciascuna richiesta indicare ospedale, reparto/servizio e periodo del ricovero e/o data della prestazione:

Data del Ricovero	Reparto	Pratica	Note

DA RILASCIARE NELLE SEGUENTI MODALITA'

- ☐ RITIRO ALLO SPORTELLO IN FORMATO ANALOGICO (CARTACEO)
- ☐ RITIRO ALLO SPORTELLO IN FORMATO DIGITALE (*consegna su supporto informatico in formato pdf, al momento della consegna presentare chiave USB intonsa);*
- ☐ RITIRO ALLO SPORTELLO IN FORMATO IBRIDO (cartace e digitale)
- ☐ SPEDITA A MEZZO PEC in formato pdf *(per maggior sicurezza con messaggio criptato)*
- ☐ SPEDITA A MEZZO POSTA RACCOMANDATA RR. (costi a carico del richiedente) al seguente indirizzo:

Cognome e Nome _____ Residente a _____ (__)

CAP _____ Via/Piazza _____ n° _____

PER ☐ **RICHIEDERE** ☐ **RITIRARE**

IL DOCUMENTO SANITARIO RICHIESTO, IL SOTTOSCRITTO DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra Cognome e Nome**:** _____

Nato/a il _____ a_____ (__),

documento d'identità n° _____ (allegare copia documento del Delegato e Delegante).

Avvertenze. L'Amministrazione si riserva di valutare la sussistenza del titolo di legittimazione ai sensi dell'art. 2-terdecies, comma 1, del D.Lgs. 196/2003, l'eventuale ricorrere di casi di esclusione previsti dalla legge ai sensi del comma 2 del medesimo articolo, e di espungere dalla copia rilasciata i dati riferiti a soggetti terzi.

La presente dichiarazione, se non sottoscritta in presenza del dipendente addetto, deve essere trasmessa unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 del D.P.R. 445/2000).

Informativa privacy. I dati personali sono trattati per la sola finalità di gestione della richiesta di copia della documentazione sanitaria, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679. Titolare del trattamento è l'ASST Bergamo Ovest; i dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) sono reperibili sul sito istituzionale dell'Azienda. L'informativa completa è disponibile presso l'Ufficio e sul sito aziendale. [Testo da sostituire con l'informativa aziendale validata.]

Data _____ Firma _____

N.B.:

- ***La delega alla richiesta di cartella non sarà ritenuta valida per il ritiro, se non esplicitamente indicata.***
- **La copia della cartella clinica sarà conservata presso l'Ufficio addetto per un periodo massimo di 6 (*sei*) mesi dalla richiesta; dopo di che, se non ritirata personalmente dall'avente diritto, la ASST BG Ovest provvederà alla fase di recupero del credito, con le corrispondenti tariffe previste per le copie successive alla prima copia e le eventuali spese di spedizione.**

Il/La Sig/ra, _____ documento di riconoscimento n° _____

dichiara di ricevere in data _____ la documentazione sopra richiesta.

Firma _____