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 a _____ (____) il _____

residente nel Comune di _____ (____) via/piazza _____ n. ____

documento di identità tipo _____ n. _____ rilasciato da _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

CHIEDE

il rilascio di copia della documentazione sanitaria _____ relativa al/la minore:

cognome e nome _____

nato/a a _____ (____) il _____

MODALITÀ DI RILASCIO (barrare la casella di interesse):

☐ 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 (cartaceo 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° _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, della decadenza dai benefici di cui all'art. 75 del medesimo decreto e informato/a che l'Amministrazione effettua controlli, anche a campione, ai sensi dell'art. 71,

DICHIARA

• di essere (barrare la casella di interesse):

☐ padre ☐ madre ☐ tutore ☐ curatore ☐ amministratore di sostegno

• di essere titolare della responsabilità genitoriale sul minore ovvero suo legale rappresentante;

• che nei propri confronti NON sussistono provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria di decadenza, sospensione o limitazione della responsabilità genitoriale, né provvedimenti che limitino il diritto di ricevere informazioni sullo stato di salute del minore;

☐ ovvero che sussistono i seguenti provvedimenti: _____

_____ (allegare copia del provvedimento);

• di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Amministrazione ogni variazione di quanto sopra dichiarato.

Avvertenza. L'Amministrazione si riserva di espungere dalla copia rilasciata i dati personali riferiti a soggetti terzi, ove l'accesso non risulti consentito ai sensi dell'art. 60 del D.Lgs. 196/2003, nonché di valutare, in relazione all'età e alla capacità di discernimento del minore, la sussistenza di specifiche esigenze di riservatezza normativamente tutelate.

La presente richiesta/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.

Luogo e data _____ Il/La dichiarante _____

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).

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

dichiara di ricevere in data _____ la documentazione sopra richiesta.

Firma _____