All'ASST Bergamo Ovest
Segreteria UOC Medicina di Laboratorio
Mail: ufficio_protocollo@asst-bgovest.it

INVIO REFERTI SANITARI NEL PERIODO DI EMERGENZA DA CORONAVIRUS
VIA POSTA ELETTRONICA
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (artt. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Visto il periodo di emergenza sanitaria per la diffusione del Coronavirus e le limitazioni agli accessi presso gli Ospedali che sconsigliano di ritirare i referti personalmente recandosi presso gli sportelli, qualora il **referto del tampone** non sia visibile sul FSE a causa di problemi tecnici.

Vista l'urgenza di ricevere i referti sanitari relativi al tampone effettuato,

io sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nato il (data di nascita) _____

a (luogo di nascita) _____

residente in (Comune di residenza) _____

in Via (Via e nr. civico) _____

telefono (cell. e telefono fisso) _____

codice fiscale _____

DICHIARO

sotto la mia personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76, D.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi, che le informazioni suddette sono veritiere

CHIEDO

di ricevere tramite il seguente indirizzo di Posta Elettronica o per PEC _____, che dichiaro essere sotto il controllo mio o di un mio delegato di fiducia il referto del tampone di:

☐ del/della sottoscritta ☐ di _____
(indicare nome, cognome, Cod. Fiscale o data di nascita di chi ha eseguito il tampone)

Effettuati in data: _____ presso il punto di erogazione della nostra ASST:

☐ Drive - Through presso di **Treviglio**, Via Masano c/o TREVIGLIO FIERA
☐ Unità d'offerta di **Ponte San Pietro** in via Adda n. 18
☐ Drive - Through a **Martinengo** in Via Gramsci
☐ Drive - Through a **Dalmine** in Piazzale Piscine
☐ Ospedale di Treviglio – Centro Prelievi

Ai fini di un eventuale controllo della mia identità personale, **DICHIARO**

- di voler essere contattato al seguente nr. di cellulare : _____.
- di voler ricevere la documentazione necessaria all'indirizzo di posta elettronica/PEC sopra indicato

Motivo richiesta invio via mail:

☐ Tessera sanitaria scaduta / provvisoria
☐ Tessera sanitaria di altra Regione / non iscritto al SSR Lombardo
☐ Assenza di Credenziali GASS/OTP o SPID per accesso a FSE Lombardo
☐ Impossibilità a raggiungere l'Ospedale per ritiro cartaceo
☐ Mancato ricevimento CUN per accedere al nuovo sistema di RL
☐ Mancata assegnazione Medico d Base o Pediatra a cui rivolgersi
☐ altra motivazione_____

Data e luogo,

Firma

NB: la presente autodichiarazione potrà essere utilizzata esclusivamente nel periodo emergenza Coronavirus