

4.

Data di presentazione: |_|_|_|_| Protocollo n. Pratica n.

DOMANDA DI UNA TANTUM O DI ASSEGNO REVERSIBILE ex L. 210/92

Alla ASL
 via cap..... Città.....
 Ai sensi e per gli effetti della L. 25 febbraio 1992, n. 210 e successive modifiche e integrazioni
 Il sottoscritto
 nato a prov., il |_|_|_|_|,
 residente a prov. cap
 via n.
 Tel..... fax..... cod. fisc.

Riquadro A

In qualità di:

a. avente diritto

Coniuge Figlio Genitore Fratello minorenni Fratello maggiorenne inabile al lavoro

b. esercente la potestà genitoriale o la tutela di

(cognome) (nome).....
 nato a Prov., il |_|_|_|_|,
 residente a Prov.CAP
 via n.
 Cod. fisc. tel..... fax

CHIEDE

l'assegno «una tantum» / l'assegno reversibile per 15 anni

come previsto all'articolo 2, commi 3 e 4 della L. 210/92, in conseguenza di decesso, determinato da vaccinazioni o dalle patologie previste dalla L. 210/92,

del sig./sig.ra
 nato a prov... .., il |_|_|_|_| deceduto il |_|_|_|_|

Pratica di indennizzo n.

Riquadro B da compilare nel caso che il danneggiato deceduto non abbia mai inoltrato domanda di indennizzo ex L. 210/92.

L'avente diritto a tal fine comunica che la persona deceduta era:

- Soggetto sottoposto a vaccinazione obbligatoria per legge o per ordinanza di una autorità sanitaria.
 Soggetto sottoposto a vaccinazioni, anche non obbligatorie, necessarie per motivi di lavoro o per incarico del proprio ufficio, o per poter accedere ad uno stato estero.
 Soggetto a rischio operante nelle strutture sanitarie ospedaliere, che si è sottoposto a vaccinazioni anche non obbligatorie.
 Soggetto non vaccinato che ha riportato, a seguito ed in conseguenza di contatto con persona vaccinata, lesioni o infermità, dalle quali ne è derivata una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica.
 Soggetto contagiato da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati.
 Operatore sanitario che ha contratto l'infezione da HIV in occasione e durante il servizio, a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV.
 Soggetto con danni irreversibili da epatiti post-trasfusionali.
 Coniuge contagiato da uno dei soggetti indicati ai punti precedenti, nonché figlio contagiato durante la gestazione.

Alla domanda sono allegati i seguenti documenti:

A. Documenti amministrativi

1.
2.
3.
4.
5.

B. Documenti sanitari

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Dichiara altresì di voler ricevere ogni comunicazione al sottoindicato indirizzo e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso:

via n.
 CAP. Città Prov.
 telefono cell. fax

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della L. 675/75 si informa che:

1. *il conferimento dei dati personali è obbligatorio per poter accedere ai benefici di cui alla presente istanza;*
2. *i dati personali e sensibili, contenuti nella presente istanza saranno oggetto di trattamento esclusivamente da parte degli enti e strutture del Servizio sanitario nazionale ai fini della definizione e della liquidazione delle competenze accertate;*
3. *il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e automatizzata nel sistema informatico della Azienda sanitaria locale;*
4. *titolare del trattamento dei dati è il direttore generale dell'Azienda sanitaria locale o un suo delegato al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, così come previsti dall'art. 13 della L. 675/96.*

Firma per presa visione

.....
 (firma estesa leggibile)

....., li

.....

(luogo) (data)

.....
 (firma estesa leggibile)