

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

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

Alla ASL della provincia di .....

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)