



**CHIEDE**

inoltre, l'importo aggiuntivo "una tantum" ai sensi dell'articolo 2, comma 2, L. 210/92 per aver riportato una menomazione permanente a causa di vaccinazioni obbligatorie.

**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)