

Data di presentazione: _____ Prot. N. _____ Pratica n. _____

DOMANDA DI UNA TANTUM O DI ASSEGNO REVERSIBILE EX LEGGE N. 210/92

All'Azienda Sanitaria Locale CN1

Ai sensi e per gli effetti della **Legge 25 febbraio 1992 n. 210** e successive modifiche e integrazioni, il sottoscritto _____
nato a _____ Prov. _____ il _____
residente a _____ Prov. _____ CAP _____
Via/Piazza/Corso _____ N. _____
Telefono _____ Fax _____ Codice Fiscale _____

Riquadro A:

In qualità di:

a. avente diritto

coniuge figlio genitore fratello minore fratello maggiore inabile al lavoro

b. esercente la potestà genitoriale o la tutela di

Cognome _____ Nome _____
nato a _____ Prov. _____ il _____ residente
a _____ Prov. _____ CAP _____
Via/Piazza/Corso _____ N. _____
Telefono _____ Fax _____ Codice Fiscale _____.

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'aver 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

B. Documenti sanitari

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

Via n. c.a.p.

Città Prov. (.....) Tel.

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)

..... lì,
(luogo) (data)

.....
(firma estesa leggibile)