

Data di presentazione: |___|___|___| Protocollo n. _____ Pratica n. _____

**DOMANDA UNA TANTUM O DI ASSEGNO REVERSIBILE ex L.210/92
INFORMATIVA EX ART.13 DLG n.196/2003**

Alla AUSL di

Via cap. Città

Ai sensi e per gli effetti della L. 25 febbraio 1992 n.210 e successive modifiche e integrazioni

Il/la sottoscritto/a

(cognome)(nome)

nato/a a prov., il |___|___|___|,

residente a

Via N.

Tel. faxCod. Fisc.: |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Riquadro A

In qualità di:

a. avente diritto

Coniuge Figlio Genitore Fratello minorenni Fratello maggiorenne

b. esercente la patria potestà genitoriale o la tutela di

(cognome) (nome)

nato/a a prov., il |___|___|___|,

residente aprov. CAP.

Via N.

Cod. Fisc.:|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

tel. fax

CHIEDE

l'assegno "una tantum" / l'assegno reversibile per 15 anni

Come previsto all'art.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 a prov., il |___|___|___| Deceduto il |___|___|___|

Pratica 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. _____

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

Vian.CAP.

Città Prov.

TelefonoCell. fax

..... li |_____|_____|_____| firma per esteso _____

➤ (luogo) (data) (firma per esteso) Ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del DLG 196/2003, l'interessato è informato che:

- il conferimento dei dati personali è obbligatorio per poter accedere ai benefici di cui alla presente istanza;
- 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 delle definizioni e dalla liquidazione delle competenze accertate;
- il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e automatizzata nel sistema informativo della Azienda USL;
- responsabile del trattamento dei dati è al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, così come previsti dall'art.7 del DLG n.196/2003.