

Data di presentazione: |__|__|__| Protocollo n° Pratica n°

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

**Alla ASL n° 4
Via Piscinas n° 5
08045 LANUSEI**

Ai sensi e per gli effetti della L. 25 febbraio 1992 n. 210 e successive modifiche e integrazioni
il sottoscritto,
nato aprov., il |__|__|__| ,
residente aprov. 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)

Decesso – Domanda una tantum / assegno reversibile: allegare

- Dichiarazione sostitutiva di certificazione
- Documentazione sanitaria relativa ai casi specifici che dimostri il nesso causale tra vaccinazioni/trasfusioni sangue/somministrazione emoderivati e l'infermità, oltre che tra l'infermità stessa ed il decesso.
- Copia conforme della cartella clinica relativa al decesso ovvero, in caso di morte al di fuori di strutture ospedaliere, scheda di morte ISTAT (modello ISTAT/D /4) in originale o copia conforme.

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a (cognome, nome) _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

1. di essere nato/a a _____ prov. ____ il |__|__|__|
cod. fiscale |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|
2. di essere residente a _____ prov. ____ c.a.p. _____
via/p.zza _____ n. _____
3. che il proprio _____ nato il |__|__|__|
(rapporto di parentela) (cognome e nome)
a _____ e residente a _____
è deceduto il |__|__|__| a _____ prov. ____

4. che al momento del decesso la famiglia era composta, oltre che dal sottoscritto, dalle seguenti persone:
- | (cognome e nome) | (luogo e data di nascita) | (rapporto di parentela) |
|------------------|---------------------------|-------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

5. la qualità di tutore di _____ nato il |__|__|__|
a _____ prov. ____ e residente a _____
come da sentenza del tribunale di _____ n° _____ del |__|__|__|

6. di non aver mai percepito gli importi relativi all'indennizzo di cui all'art. 2 comma 3 della Legge 210/92.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

La presente dichiarazione sostituisce i seguenti certificati: 1. Nascita 2. Residenza 3. Stato civile 4. Stato di famiglia 5. Decesso di familiari 6. Qualità di tutore

_____, il |__|__|__|
(luogo)

IL DICHIARANTE