

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

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

Alla ASL AVELLINO

Distretto Sanitario di.....

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.

Codice fiscale |...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|

tel..... fax

Riquadro A

In qualità di:

1. avente diritto

- ☐ Coniuge
- ☐ Figlio
- ☐ Genitore
- ☐ Fratello minorenni
- ☐ Fratello maggiorenne inabile al lavoro

2. esercente la potestà genitoriale o la tutela di

cognome.....nome.....

nato aprov. il |__|_|_|

residente aprov. cap

Via N.

Codice fiscale |...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|

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 del decesso, determinato dalle vaccinazioni o dalle patologie previste dalla L.210/92

del Sig./Sig.ra

nato aprov..... il |__|_|_| deceduto il |__|_|_|

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 o da virus dell'epatite in occasione e durante il servizio, a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV o virus dell'epatite.
- ☐ Soggetto con danni irreversibili da epatiti post-trasfusionali.
- ☐ Coniuge contagiato da uno dei soggetti indicati ai punti precedenti.
- ☐ 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 sottoindicato indirizzo e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso :

Via n.
cittàprov. cap
telefonocell. fax

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del DLgs 196/2003 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. 7 DLgs 196/2003.*

Firma per presa visione _____
(firma estesa leggibile)

....., li