

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

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

**ALL'ASST VALTELLINA E ALTO LARIO
UOC MEDICINA LEGALE
Via Stelvio n. 32/A – 23100 SONDRIO**

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. 4 del D.Lgs 196/2003 e del Regolamento UE 679/2016 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 dell'ASST Valtellina e Alto Lario;
4. titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale dell'ASST Valtellina e Alto Lario o un **suo delegato al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, così come previsto dal D.Lgs 196/2003 e dal Regolamento UE 679/2016.**

Firma per presa visione _____

(firma estesa leggibile)

....., li |__|_|_|
(luogo) (data)

(firma estesa leggibile)