

Data di presentazione: |\_\_|\_\_|\_\_| Protocollo n° ..... Pratica n° .....

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

Alla ASL Roma1 U. O. C. Medicina legale Territoriale  
Via Giosuè Carducci, 7 cap. 00187 Roma.

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

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a .....prov. ...., il |\_\_|\_\_|\_\_| ,  
residente a .....prov. .... cap .....  
Via ..... N. ....  
Tel..... fax ..... cod. fisc. |...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|

**Riquadro A**

In qualità di:

**a. avente diritto**

- Coniuge  Figlio  Genitore  Fratello minorenni  Fratello maggiorenne

**b. esercente la potestà genitoriale o la tutela di**

(cognome) ..... (nome).....  
nato/a 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 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 sotto indicato 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. 13 del DLGS 30 Giugno 2003 n. 196, dichiaro di essere stato informato 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 informativo 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 previsto dall'art.7 del DLGS 30 giugno 2003 n. 196.

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

\_\_\_\_\_  
(firma estesa leggibile)