

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

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

Alla ASL ROMA 5 UFFICIO LEGGE 210/92

VIA ACQUAREGNA 15

00019 TIVOLI

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

Il/la sottoscritto/a,

nato/a aprov., il |__|__|__| , residente

aprov. cap

Via N.

Tel..... fax cod. fisc. |...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|

Riquadro A 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

Domanda assegno una tantum o assegno reversibile L. 210/92

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)