

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

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

Alla ASST Papa Giovanni XXIII - Piazza OMS, 1 - 24127 Bergamo

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

Il sottoscritto (cognome)..... (nome)

nato aprov. il

residente aprov. cap

via N.

cod. fisc. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

tel..... celfax e-mail

Riquadro A

In qualità di:

a. avente diritto

Coniuge Figlio Genitore Fratello minorene 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" o 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 |__|__|__|

cod. fisc. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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.

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445.

Alla domanda sono allegati i seguenti documenti:

A. Documenti amministrativi

1. copia fotostatica documento d'identità
2. _____
3. _____
4. _____

B. Documenti sanitari

1. 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 in copia conforme
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Dichiara altresì di voler ricevere ogni comunicazione al sotto indicato indirizzo e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso :

Via n.

CAP. CittàProv.

tel..... celfax e-mail

Il/la sottoscritto/a: si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni relative ai cambiamenti anagrafici, direttamente al Servizio di Medicina Legale, via Borgo Palazzo, 130 - Padiglione 13A - 24125 BERGAMO

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/03 e successive modificazioni e integrazioni si informa che:

1. il conferimento dei dati personali è indispensabile per poter accedere ai benefici di cui alla presente istanza;
2. i dati personali e sensibili, contenuti nella presente istanza e nella documentazione sanitaria ad essa connessa, saranno oggetto di trattamento esclusivamente da parte degli enti e strutture del Servizio Sanitario Nazionale e Militare ai fini della definizione dell'istanza stessa, nonché della liquidazione delle competenze accertate;
3. il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e automatizzata nel sistema informatico dell'ASST Papa Giovanni XXIII;
4. titolare del trattamento dei dati è l'ASST Papa Giovanni XXIII, il cui Legale Rappresentante è il Direttore Generale, domiciliato, agli effetti della carica, a Bergamo, in Piazza OMS 1. Responsabile, per l'ambito di rispettiva competenza, ai sensi dell'art. 29 del D.Lvo 196/03, è il Responsabile del Servizio di Medicina Legale.

Firma per presa visione _____

(firma estesa leggibile)

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

(firma estesa leggibile)