

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

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

Alla AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE (ASST) di PAVIA

Ai sensi e per gli effetti della L. 25 febbraio 1992 n. 210 e successive modifiche e integrazioni il sottoscritto (cognome) (nome) nato a prov. il |__|__|__| residente a..... prov. CAP..... Via n. cod. fisc. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| tel. fax

in qualità di:

- diretto interessato
- 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/aprov., 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

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:

Vian.
CAP Città prov.
telefono cell. fax

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 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 ASST di Pavia; 4. Titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale dell'ASST di Pavia o un suo delegato al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti.

Firma per presa visione
(firma estesa leggibile).....

(luogo)....., lì (data)|____|____|____|

(firma estesa leggibile).....