

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

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

Alla Azienda Unità Sanitaria Locale di Viterbo  
Medicina Legale Aziendale  
Via E. Fermi 15  
01100 Viterbo

Ai sensi e per gli effetti della L. 25 febbraio 1992 n. 210 e successive modifiche e integrazioni  
il sottoscritto .....  
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 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 10 della L. 675/96 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 Azienda Unità 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 previsti dall'art.13 della L. 675/96.

Firma per presa visione \_\_\_\_\_  
(firma estesa leggibile)

....., li |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| \_\_\_\_\_  
(luogo) (data) (firma estesa leggibile)