



**Informativa ai sensi del D.Lgs 196/03 e successive modifiche ed integrazioni**

1. il conferimento dei dati è indispensabile per il raggiungimento dei benefici di cui alla presente istanza; qualora l'assistito non consentisse al loro trattamento, le prestazioni non potrebbero essere assicurate adeguatamente;

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 della ASST;

4. Titolare del trattamento è l'ASST degli Spedali Civili di Brescia, il cui Legale Rappresentante è il Direttore Generale, domiciliato, agli effetti della carica, a Brescia, in Piazzale Spedali Civili, 1.

Responsabile, per l'ambito di rispettiva competenza, ai sensi dell'art. 29 del D.Lvo 196/03, è il dirigente designato presso cui ha luogo la presentazione della domanda e i Responsabili dei Servizi di Medicina Legale.

Il/la sottoscritto/a, **acquisite le informazioni** contenute nell'informativa al trattamento dei dati fornite ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003, per il trattamento dei dati personali "sensibili" necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa, **presta il suo consenso**:

**Firma (leggibile e per esteso)** \_\_\_\_\_

Soggetto con più di una patologia.

Riferimento precedente domanda di indennizzo prot. N. .... del |\_\_|\_\_|\_\_| a seguito della quale è stato riconosciuto allo stesso/al suo rappresentato una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica ascrivibile alla..... categoria della tab. A - DPR 30/12/81 n. 834.

Domanda per danno L. 210/92

**Alla domanda sono allegati i seguenti documenti:**

1. Dichiarazioni sostitutive di certificazioni.

- Nascita
- Residenza
- Cittadinanza
- Stato civile
- Stato di famiglia
- Decesso di familiari
- Qualità di tutore

2. Fotocopia del codice fiscale

3. Elenco documenti allegati

Il sottoscritto invierà ogni altro documento richiesto da codesta ASST

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

Via ..... n. ....

CAP. .... Città .....Prov. ....

telefono ..... fax .....

.....,|\_\_|\_\_|\_\_| .....

**Luogo e data.....Firma (leggibile e per esteso).....**