

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

SPAZIO RISERVATO ALL'ASST Spedali Civili di Brescia

Data di presentazione: |\_\_|\_\_|\_\_\_\_|

Protocollo n.: .....

Alla ASST degli Spedali Civili di Brescia

.....

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 :

**a) avente diritto**

coniuge

Figlio

Genitore

Fratello minore o 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 obbligatoria.
  - 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 in occasione e durante il servizio, a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV/HBV/HCV.
  - Soggetto con danni irreversibili da epatiti post-trasfusionali.
- 
- Coniuge contagiato da uno dei soggetti indicati ai punti precedenti.
  - Figlio contagiato durante la gestazione.
- 
- Soggetto con aggravamento delle infermità e delle lesioni.
  - Soggetto con più di una patologia.
- 

Alla domanda sono allegati i seguenti documenti:

**A. Documenti Amministrativi**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_

**B. Documenti Sanitari**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

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

Via .....N.....

Cap.....Città.....Prov.....

Tel.....cell.....e-mail.....

**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) \_\_\_\_\_

.....li.....  
(luogo) (data) (firma estesa leggibile)