

Data di presentazione	Protocollo n.	Pratica n.
-----------------------	---------------	------------

**Alla Regione Calabria
tramite Unità Operativa di Medicina Legale
Via Ettore Vitale n. 248
88100 Catanzaro**

Ai sensi e per gli effetti della legge 25 febbraio 1992, n. 210 e successive modificazioni e integrazioni, il/i sottoscritto/i

1) il sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____
nato a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ cap _____
via _____ n. _____

2) il sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____
nato a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ cap _____
via _____ n. _____

3) il sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____
nato a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ cap _____
via _____ n. _____

4) il sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____
nato a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ cap _____
via _____ n. _____

in qualità di

erede/i

avente diritto

(Coniuge Figlio Genitore Fratello minorenni Fratello maggiorenne inabile al lavoro)

esercitante la potestà genitoriale o la tutela

di (cognome) _____ (nome) _____

nato a _____ prov. _____ il _____

deceduto a _____ prov. _____ il _____

CHIEDE/CHIEDONO di ottenere

Riquadro A (da compilare nel caso in cui il danneggiato deceduto avesse già ottenuto indennizzo ex L. 210/92)

l'ASSEGNO REVERSIBILE / l'ASSEGNO UNA TANTUM

di cui all'art.1 co.3 della legge 238/97 e la **REVISIONE** di cui all'art.6 della legge 210/92 per l'aggravamento della patologia già riconosciuta al suddetto familiare.

Riferimento precedente domanda di indennizzo: Pratica 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 tabella A allegata al DPR 30 dicembre 1981, n. 834.

Riquadro B (da compilare nel caso in cui il danneggiato deceduto non avesse mai inoltrato domanda di indennizzo ex L. 210/92)

l'indennizzo di cui alla L. 210/92, in quanto 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 sottoposto a vaccinazione antipoliomielitica non obbligatoria nel periodo di vigenza della legge 695/59.
- 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.
- Figlio contagiato durante la gestazione.

Alla presente domanda allega/allegano i seguenti documenti:

- 1) certificato di stato di famiglia originario del de cuius o autocertificazione + 2 copie conformi;
- 2) certificato di morte;
- 3) certificato di residenza del o dei beneficiari o autocertificazione + 2 copie conformi;
- 4) codice fiscale del o degli aventi diritto;

5) Documentazione sanitaria per decesso **prima** della presentazione della domanda di indennizzo:

Copia conforme della cartella clinica relativa al decesso + 2 copie conformi o, se deceduto fuori da strutture ospedaliere, copia della scheda di morte ISTAT + 2 copie conformi

(documentazione specifica prevista per le domande di indennizzo per trasfusioni o vaccinazioni o altro)

5) Documentazione sanitaria per decesso **successivo** alla presentazione della domanda di indennizzo

Copia conforme della cartella clinica relativa al decesso + 2 copie conformi o, se deceduto fuori da strutture ospedaliere, copia della scheda di morte ISTAT + 2 copie conformi

Il/I sottoscritto/i dichiara/no altresì di voler ricevere ogni comunicazione al seguente indirizzo:

via _____ n. _____

c.a.p. _____ città _____ prov. _____

tel. _____ e si impegna/no a comunicare tempestivamente ogni variazione di esso.

INFORMATIVA (art. 13 D.Lgs 30.6.2003 n. 196)

Ai sensi del "Codice in materia di protezione dei dati personali", l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro informa che i dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: istruzione pratica legge 210/92 e gestione data-base. Il trattamento sarà effettuato con modalità manuale e informatizzata. Il conferimento dei dati è obbligatorio, diversamente non potendosi evadere la pratica. I dati personali e sensibili contenuti nella presente istanza saranno oggetto di trattamento esclusivamente da parte degli enti e strutture del SSN ai fini della definizione e della liquidazione delle competenze accertate. I dati potranno essere elaborati a fini statistici ed in forma anonima, al fine di migliorare il servizio. Ai sensi dell'art.24 del D.Lgs 196/03, qualora sia necessario il trattamento dei dati per adempiere ad un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria, oppure per salvaguardare la vita o l'incolumità fisica di un terzo, il trattamento sarà eseguito prescindendo dal consenso. La S.V. ha diritto di accesso ai dati personali e ha altri diritti, previsti dall'art. 7 del D.Lgs 196/2003. Il titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale dell'ASP di Catanzaro o un suo delegato, al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti.

1) Firma per presa visione _____ 2) Firma per presa visione _____

3) Firma per presa visione _____ 4) Firma per presa visione _____

(Firma/e estesa/e leggibile/i)

(luogo) _____, (data) _____

1) _____ 2) _____

3) _____ 4) _____

(Firma/e estesa/e leggibile/i)