

Protocollo numero Del

Al Direttore Generale
ASL Roma 2
Via M. Brighenti, 23
00159 Roma

Il sottoscritto _____, nella sua qualità di erede ed avente diritto (_____) di _____, nato a _____ (|_|_|) il |_|_|_|_|_|_|_|_|_|, già residente in Roma, via /p.zza _____ n° |_|_|_|, deceduto in data |_|_|_|_|_|_|_|_| presso _____ CHIEDE:

l'assegno *una tantum*
ovvero

la reversibilità dell'assegno di indennizzo in godimento ai sensi dell'art. 2, comma 3 della Legge 25 febbraio 1992, n. 210 così come successivamente modificato dall'art. 1, comma 3 della Legge 25 lug. 1997, n. 238, ritenendo che il decesso dell'avente causa sia derivato da:

- a) infezione da HIV a seguito di somministrazione di sangue e/o suoi derivati;
- b) infezione contratta a seguito di contatto con sangue, e/o suoi derivati proveniente da soggetti affetti da infezione da HIV, in occasione e durante il servizio quale operatore sanitario;
- c) infezione contratta a seguito di contatto con sangue e/o suoi derivati proveniente da soggetti affetti da epatite virale, in occasione e durante il servizio quale operatore sanitario;
- d) da epatite post-trasfusionale ("B" e/o "C");
- e) vaccinazione obbligatoria effettuata *ope legis* ovvero a seguito di specifica ordinanza da parte di Autorità sanitaria italiana abilitata;
- f) vaccinazione non obbligatoria, ma dichiaratamente necessaria, effettuata per ragioni di lavoro o turistiche;
- g) vaccinazione non obbligatoria praticata su soggetto a rischio operante in struttura sanitaria ospedaliera;
- h) coniuge contagiato da uno dei soggetti sopraelencati;
- i) figlio contagiato durante la gestazione.

All'uopo, dichiara:

- a) di essere nato a _____ (|_|_|) il |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
- b) di risiedere in Roma, via./p.zza _____ n. |_|_|_|
- c) che l'avente causa Sig./a _____
 godeva
 non godeva dell'indennizzo ex art. 1, L. 210/92.

A tal fine, allega in originale e copia conforme la seguente documentazione amministrativa :

- certificato di Stato di Famiglia
- certificato di Stato di Famiglia Storico, alla data del decesso
- certificato di Morte

Allego la seguente documentazione Sanitaria in originale e copia conforme :

- cartella clinica del ricovero se il decesso è avvenuto in regime ospedaliero
-
- scheda di morte (Mod. ISTAT) se il decesso è avvenuto in regime extra-ospedaliero.....
- cartella clinica contenente i dati della terapia trasfusionale se l'avente causa NON godeva dell'assegno di indennizzo.
-

|_| copia referti, esami ematochimici e strumentali

.....
|_| _____
|_____

Il sottoscritto DICHIARA altresì di voler ricevere ogni comunicazione in merito al seguente indirizzo:

Via/P.zza _____ N° |_|_|_| C.A.P. |_|_|_|_|_|

Città _____ (|_|_|) – tel. _____

Il sottoscritto si impegna a comunicare ogni variazione dei dati forniti.

Roma il |_|_|_|_|_|_|_|_|

(firma per esteso e leggibile)

Dichiaro di avere preso visione del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

(firma per esteso e leggibile)