

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)