

Al Direttore Generale
ASL Roma 2
Via Filippo Meda, 35
00157 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:

|_| certificato di Stato di Famiglia

|_| certificato di Stato di Famiglia Storico, alla data del decesso

|_| certificato di Morte

|_| cartella clinica del ricovero se il decesso è avvenuto in regime ospedaliero

|_| copia conforme della 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)

DICHIARAZIONE: Ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia di trattamento e protezione dei dati personali, D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, dichiaro di essere a conoscenza che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del relativo procedimento.

(firma per esteso e leggibile)