 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna	<b>MODULO</b> Domanda di UNA TANTUM o di ASSEGNO REVERSIBILE ex L. 210/ 92	<b>MRPA119_02</b> <b>Rev. 00 DEL</b> <b>03/11/2017</b> <b>Pag. 1/3</b>
DIREZIONE AMMINISTRATIVA		

Data di presentazione: [ ] [ ] [ ] | Protocollo n° ..... Pratica n° .....

Alla AUSL di .....

Via ..... cap ..... Città .....

Ai sensi e per gli effetti della L. 25 febbraio 1992 n. 210 e successive modifiche e integrazioni

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a .....prov. ...., il [ ] [ ] [ ] ,

residente a .....prov. .... cap .....

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

Tel..... fax ..... cod. fisc. [..]

**Riquadro A**

In qualità di:

**a. avente diritto**

Coniuge    Figlio    Genitore    Fratello minorenni    Fratello maggiorenne

**b. esercente la potestà genitoriale o la tutela di**

(cognome) ..... (nome).....

nato/a 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 a ..... prov... .., il [ ] [ ] [ ] Deceduto il [ ] [ ] [ ]

Pratica di indennizzo n° .....

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p>	<p><b>MODULO</b> Domanda di UNA TANTUM o di ASSEGNO REVERSIBILE ex L. 210/ 92</p>	<p><b>MRPA119_02</b> Rev. 00 DEL 03/11/2017 Pag. 2/3</p>
<p>DIREZIONE AMMINISTRATIVA</p>		

*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 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 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, nonché figlio contagiato durante la gestazione

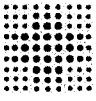
**Alla domanda sono allegati i seguenti documenti:**

**A. Documenti amministrativi**

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

**B. Documenti sanitari**

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

 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna	<b>MODULO</b> Domanda di UNA TANTUM o di ASSEGNO REVERSIBILE ex L. 210/ 92	<b>MRPA119_02</b> <b>Rev. 00 DEL</b> <b>03/11/2017</b> <b>Pag. 3/3</b>
DIREZIONE AMMINISTRATIVA		

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

Via ..... n. ....  
CAP. .... Città ..... Prov. ....  
telefono ..... cell. .... fax .....

....., li | | | |  
(luogo) (data)

\_\_\_\_\_  
(firma estesa leggibile)

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della L.675/75, dichiaro di essere stato informato che:

1. il conferimento dei dati personali è obbligatorio per poter accedere ai benefici di cui alla presente istanza;
2. i dati personali e sensibili, contenuti nella presente istanza saranno oggetto di trattamento esclusivamente da parte degli enti e strutture del Servizio Sanitario Nazionale ai fini della definizione e della liquidazione delle competenze accertate;
3. il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e automatizzata nel sistema informativo della Azienda USL;
4. titolare del trattamento dei dati è ..... o un suo delegato al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, così come previsti dall'art. 13 della L. 675/96.

Pertanto acconsento al trattamento dei dati stessi.

\_\_\_\_\_  
(firma estesa leggibile)