

DOMANDA DI ASSEGNO UNA TANTUM IN CASO DI DECESSO

Alla Regione Abruzzo
Dipartimento del Diritto alla Salute
Servizio Attività Farmaceutica
Via Conte di Ruvo, n.74
PESCARA

per il tramite
dell'Azienda Sanitaria Locale n.4 di Teramo
U.O. Medicina Legale
Via C. Battisti n.7

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25.7.97 n. 238 di modifica ed integrazione alla L. 25.2.92 n. 210,

il/la sottoscritto/a
nato/a a prov. il
in qualità di erede di ,
nato/a a prov. il
residente a prov. , deceduto/a il
..... a

CHIDE

di ottenere l'assegno una tantum di L. 150.000.000 (**aggiornamento in euro**) di cui all'art. 1 comma 3 -
oppure assegno reversibile per 15 anni di cui al comma 1 della predetta legge - ritenendo che il decesso sia
derivato da:

- Epatite post-trasfusionale;
- infezione da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati;
- infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da
- soggetti affetti da infezione da HIV, in occasione e durante il servizio come operatore sanitario;
- vaccinazioni obbligatorie effettuate per legge o per ordinanza di un'autorità sanitaria italiana;
- contatto con persona vaccinata che abbia riportato una menomazione permanente;
- vaccinazioni effettuate per motivi di lavoro o incarico del proprio ufficio, o per poter accedere ad uno stato estero che, pur non essendo obbligatorie, risultassero necessarie.
- vaccinazioni non obbligatorie effettuate mentre operante in strutture sanitarie ospedaliere a rischio;
- coniuge contagiato da uno dei soggetti sopra indicati;
- Figlio contagiato durante la gestazione da madre che ha avuto riconosciuto il diritto all'indennizzo.

A tal fine, ai sensi art. 46 e 47 DPR n. 445 del 28/12/2000 e consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del citato DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni false e mendaci, il/la sottoscritto/a

DICHIARA

di essere nato/a a prov. il di
essere residente in prov. Via

n. civico Telefonoemail.....;
che il Sig./ra è deceduto/a il
..... a;
che il soggetto deceduto **aveva** (pratica n.....del.....)/ **non aveva** presentato
domanda di indennizzo ai sensi art. 1 L. 210/92.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di voler ricevere ogni comunicazione inerente la pratica al seguente indirizzo e di comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle stesso:

DICHIARA inoltre che tutti i documenti presenti in copia fotostatica sono conformi agli originali in possesso.

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della Legge 675/96 (legge sulla privacy), e successive modificazioni, dichiaro di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo mi competono tutti i diritti previsti dall'art. 13 della medesima legge.

....., li

(data)

.....

(firma)

Elenco dei documenti da allegare:

- Cartella clinica completa relativa al decesso; oppure, se il decesso è avvenuto al di fuori di strutture ospedaliere, scheda di morte ISTAT;
- Certificato di stato di famiglia
- Certificato di stato di famiglia storico alla data del decesso
- Certificato di morte in caso di decesso in strutture ospedaliere
- Copia degli esami ematochimici e strumentali antecedenti il decesso attestanti la compromissione dell'organo epatico
- Copia documentazione attestante il riconoscimento del beneficio (se l'interessato aveva presentato domanda in vita)
- Tutti i documenti richiesti per soggetti trasfusi e vaccinati (se il danneggiato deceduto non aveva mai presentato domanda di indennizzo).
- (Altro).....