

DOMANDA DI ASSEGNO UNA TANTUM IN CASO DI DECESSO

Azienda Sanitaria Locale n.4 di Teramo
U.O. Medicina Legale, Necroscopica e Risk Management
Via C. Battisti n.7
64100 TERAMO

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 aprov. ildi
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 al Regolamento UE 216/679 (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.

....., li

(data)

.....

(firma)

Elenco dei documenti da allegare:

- Consenso
- 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).....

	Regione Abruzzo Informativa/Consenso UOC MEDICINA LEGALE, NECROSCOPICA, RISK MANAGEMENT ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679	Documento: INF/CONS UOC MED. LEG. Revisione n.: 3.2 Data Emissione: 10.05.2022
GDPR		

CONSENSO (art. 7)

Premesso che il presente modello integra l'informativa, di cui si dichiara di avere preso visione, il sottoscritto _____ nato _____ il ____/____/____, residente a _____ in via _____ C.F. _____, in qualità di diretto interessato o esercente la responsabilità genitoriale / la tutela / la curatela/ l'amministrazione di sostegno sul soggetto beneficiario servizio richiesto,

(Nome e Cognome)

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679, consapevole che il trattamento riguarderà dati personali e particolari categorie di dati personali (rispettivamente artt. 4.1 e 9 del Reg. UE 2016/679) che riguardano "l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, dati genetici, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona",

AUTORIZZA

- Il trattamento di tali dati personali per fini di ricontatto paziente per eventuali comunicazioni a mezzo SMS – telefono al numero: _____
 SI NO REVOCA (se precedentemente prestato)
- Il trattamento di tali dati personali per fini di ricontatto, comunicazioni al paziente a mezzo email non cifrata all'indirizzo: _____ @ _____
 SI NO REVOCA (se precedentemente prestato)
- Che sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute alle sotto indicate persone:
 - a nessuno
 - al proprio medico curante _____
 - a _____ SI NO REVOCA (se precedentemente prestato)

Firma dell'Interessato (anche per presa visione dell'informativa estesa) _____

Data _____ Documento di riconoscimento tipo _____

n. _____ rilasciato da _____ Data ____/____/____