

Data di presentazione: |\_\_|\_\_|\_\_|    Protocollo n.: .....

**DOMANDA PER DANNO IRREVERSIBILE CORRELATO A  
VACCINAZIONE, TRASFUSIONE O SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI**

Spett.le  
ASST DEI SETTE LAGHI  
S.C. Medicina Legale  
S.S. Medicina Legale Territoriale  
Ufficio Istruttoria L. 210/92,  
Viale Borri n° 57, 21100 Varese

Ai sensi e per gli effetti della L. 25 febbraio 1992 n. 210 e successive modifiche e integrazioni  
il sottoscritto .....,  
nato a .....prov. ...., il |\_\_|\_\_|\_\_| ,  
residente a .....prov. .... cap .....,  
Via ..... N. ....  
Tel. .... fax ..... cod. fisc. |...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|

**Riquadro A**

in qualità di **avente diritto**

- Coniuge     Figlio     Genitore     Fratello minorenni     Fratello maggiorenne  
 Esercitante potestà genitoriale

**CHIEDE**

- l'assegno reversibile per 15 anni    oppure  
 l'assegno "una tantum"

come previsto dall' art.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 .....prov... ...., il |\_\_|\_\_|\_\_|

Deceduto il |\_\_|\_\_|\_\_|    Domanda di indennizzo protocollo ..... del  
|\_\_|\_\_|\_\_|

**Riquadro B**

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.  
 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/HCV in occasione e durante il servizio, a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV/HCV.
- 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:**

- 1. Dichiarazione sostitutiva di certificazioni.  
Nascita  Residenza  Cittadinanza  Stato civile  Stato di famiglia   
Decesso di familiari  Qualità di tutore
- 2. Fotocopia del codice fiscale
- 3. Scheda dati procedura di indennizzo L. 210/92
- 4. Elenco documenti

Il sottoscritto invierà ogni altro documento richiesto da codesta ASL. Dichiaro altresì di voler ricevere ogni comunicazione al sottoindicato indirizzo e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso :

via ..... n. ....  
cap. .... città .....prov. ....  
telefono ..... fax .....

*Si informa 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 informatico della ASST dei Sette Laghi;*
- 4. titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale della ASST dei Sette Laghi o un suo delegato al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti,.*

Firma per presa visione \_\_\_\_\_  
(firma estesa leggibile)

....., li |\_\_|\_\_|\_\_|  
(luogo)

.....  
(firma estesa leggibile)