



**AS FO**

Azienda sanitaria  
Friuli Occidentale



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

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

ALLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

tramite l'Azienda sanitaria Friuli Occidentale

S.S. D. Medicina Legale

Via Montereale, 32/A

33170 Pordenone

Ai sensi e per gli effetti della legge 25 febbraio 1992 , n. 210, il sottoscritto, (*cognome e nome*)

\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, in qualità di:

☐ erede di \_\_\_\_\_,

**Chiede di ottenere**

- ☐ l'indennizzo una tantum di cui all'art. 2 comma 3 della L210/92
- ☐ l'assegno di reversibilità per 15 anni ai sensi dell'art. 1 comma 1 e 3 della L238/97

in quanto il de cuius risultava:

- ☐ contagiato da infezione da HIV a seguito di somministrazione di sangue o suoi derivati
- ☐ operatore sanitario che, in occasione e durante il servizio, ha riportato danni permanenti alla integrità psicofisica conseguenti ad infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati, perché provenienti da soggetti affetti da infezione di HIV e/o da epatiti (sentenza Corte Cost. 476/02)
- ☐ danneggiato irreversibilmente da epatite post-trasfusionale
- ☐ coniuge contagiato da uno dei soggetti precedentemente indicati
- ☐ figlio contagiato durante la gestazione da madre che abbia avuto il riconoscimento dei diritti ex L.210/92

Allo scopo, consapevole delle responsabilità penali di cui all'articolo 76 del D.P.R. n. 445 del 2000 per il caso di false od omesse dichiarazioni,

**dichiara**

- a. di essere nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ e di essere residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_;
- b. che il de cuius era nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ed è deceduto il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e AVEVA/NON AVEVA presentato domanda d'indennizzo ai sensi della L. 210/92 in data \_\_\_\_\_ e l'istruttoria ERA/NON ERA conclusa con il seguente esito \_\_\_\_\_;
- c. di essere informato, ai sensi del GDPR – Regolamento UE 216/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento previsto dalla presente istanza.

Allega

Documentazione amministrativa

- ☐ fotocopia del documento d'identità dell'erede richiedente;
- ☐ certificato di morte del danneggiato;
- ☐ dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà;
- ☐ codice fiscale del o degli aventi diritto;
- ☐ in caso di più eventi diritto, eventuale delega alla riscossione

Documentazione sanitaria

- ☐ copia conforme della cartella clinica relativa al decesso;
- ☐ scheda di attestazione delle cause di morte.

Il sottoscritto dichiara altresì di voler ricevere ogni comunicazione al seguente indirizzo:

Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
c.a.p. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

e si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_