



AS FO
Azienda sanitaria
Friuli Occidentale



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

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

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:

- contagionato 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 contagiatato da uno dei soggetti precedentemente indicati
 - figlio contagiatato 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 _____