

**DOMANDA DI UNA TANTUM O DI ASSEGNO REVERSIBILE  
DOMANDA PER RATEI MATURATI E NON RISCOSSI DAL TITOLARE DELL'INDENNIZZO**

Alla c.a. **Medicina Legale**  
ASST CREMA  
via A. Gramsci n. 13  
26103 Crema

Ai sensi e per gli effetti della L. 25 febbraio 1992 n. 210 e successive modifiche e integrazioni

il sottoscritto (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_  
cod. fisc. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

in qualità di :

**diretto interessato**

**esercente la tutela di**

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_  
cod. fisc. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

**EREDE di**

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
cod. fisc. \_\_\_\_\_ deceduto il \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di ottenere ai sensi dell'articolo 2 della predetta legge

- Assegno una tantum  
 Assegno reversibile per 15 anni

di ottenere:

- Ratei maturati e non riscossi dal titolare dell'indennizzo ex L. 210/92

in conseguenza del decesso del proprio congiunto determinato da vaccinazione o da altra delle patologie previste dalla suddetta legge.

Si segnala che il proprio congiunto

- aveva inoltrato domanda di indennizzo. Riferimenti pratica di indennizzo \_\_\_\_\_  
 non aveva inoltrato domanda di indennizzo

\* \* \*

Da compilare solo se il danneggiato deceduto non aveva ancora inoltrato domanda di indennizzo

L'avente diritto 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, necessarie per motivi di lavoro o per incarico del proprio ufficio, o per poter accedere ad uno stato estero
- Soggetto a rischio operante nelle strutture sanitarie ospedaliere che si è sottoposto a vaccinazioni anche non obbligatorie
- Soggetto non vaccinato venuto a contatto con persona vaccinata
- Soggetto contagiato da HIV a seguito di somministrazione di sangue o suoi derivati
- Soggetto affetto da epatite post-trasfusionale
- Operatore sanitario che ha contratto un'infezione in occasione e durante il servizio a seguito di contatto con sangue o suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV o virus dell'epatite B o C
- Coniuge contagiato da uno dei soggetti indicati ai punti precedenti
- Figlio contagiato durante la gestazione

\* \* \*

**Alla domanda allega la seguente documentazione:**

*Documentazione amministrativa*

- dichiarazioni sostitutive delle certificazioni di:
  - nascita, residenza, cittadinanza, stato civile
  - eventuale qualità di tutore
  - altro: \_\_\_\_\_
- fotocopia del codice fiscale
- documenti relativi al soggetto deceduto
  - certificato di morte
  - stato di famiglia del deceduto
  - codici fiscali degli aventi diritto
  - in caso di più aventi diritto eventuale delega alla riscossione
- se trattasi di infortunio sul lavoro di personale sanitario:
  - copia conforme della denuncia di infortunio riportante l'avvenuto contatto con sangue proveniente da soggetto affetto da infezione da HIV o virus dell'epatite
  - dichiarazione della Direzione Sanitaria della struttura dove si è verificato l'evento attestante che l'interessato era in servizio effettivo durante lo svolgersi dei fatti
- altro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Documentazione sanitaria*

- se danno da vaccinazione o da contatto con persona vaccinata:
  - certificato vaccinale
  - dati relativi al vaccino
- se danno da trasfusione o da somministrazione di emoderivati, relativa scheda informativa
- certificazione medica attestante la data di inizio dei primi sintomi, la sintomatologia soggettiva, l'obiettività, gli esiti invalidanti:
  - n. \_\_\_\_\_ referti relativi ad accertamenti di laboratorio
  - n. \_\_\_\_\_ referti relativi ad accertamenti strumentali
  - n. \_\_\_\_\_ relazioni cliniche
  - n. \_\_\_\_\_ copie conformi di cartelle cliniche
- attestazione dell'avvenuta morte del congiunto e delle sue cause

altro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

via \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Si impegna altresì a comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso.

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

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)