



Regione Lazio

Al Direttore Generale  
Az. U.S.L. Roma B  
Via Filippo Meda, 35  
00157 Roma

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nella sua qualità di erede ed  
avente diritto ( \_\_\_\_\_ ) di \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_ (|\_|\_|) il |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, già residente in  
Roma, via /p.zza \_\_\_\_\_ n° |\_|\_|\_|, deceduto in data  
|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| presso \_\_\_\_\_ CHIEDE:

l'assegno *una tantum*

ovvero

la reversibilità dell'assegno di indennizzo in godimento

ai sensi dell'art. 2, comma 3 della Legge 25 febbraio 1992, n. 210  
così come successivamente modificato dall'art. 1, comma 3 della  
Legge 25 lug. 1997, n. 238, ritenendo che il decesso dell'avente causa  
sia derivato da:

a) infezione da HIV a seguito di somministrazione di sangue e/o  
suoi derivati;

b) infezione contratta a seguito di contatto con sangue, e/o suoi  
derivati proveniente da soggetti affetti da infezione da HIV, in  
occasione e durante il servizio quale operatore sanitario;

c) infezione contratta a seguito di contatto con sangue e/o suoi  
derivati proveniente da soggetti affetti da epatite virale, in  
occasione e durante il servizio quale operatore sanitario;

d) da epatite post-trasfusionale ("B" e/o "C");

- e) vaccinazione obbligatoria effettuata *ope legis* ovvero a seguito di specifica ordinanza da parte di Autorità sanitaria italiana abilitata;
- f) vaccinazione non obbligatoria, ma dichiaratamente necessaria, effettuata per ragioni di lavoro o turistiche;
- g) vaccinazione non obbligatoria praticata su soggetto a rischio operante in struttura sanitaria ospedaliera;
- h) coniuge contagiato da uno dei soggetti sopraelencati;
- i) figlio contagiato durante la gestazione.

All'uopo, dichiara:

- a) di essere nato a \_\_\_\_\_ (|\_|\_|)  
il |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|
- b) di risiedere in Roma, via./p.zza \_\_\_\_\_ n. |\_|\_|\_|\_|
- c) che l'avente causa Sig./a \_\_\_\_\_  
 godeva  
 non godeva dell'indennizzo ex art. 1, L. 210/92.

A tal fine, allega:

- certificato di Stato di Famiglia
- certificato di Stato di Famiglia Storico, alla data del decesso
- certificato di Morte
- cartella clinica del ricovero se il decesso è avvenuto in regime ospedaliero
- copia conforme della scheda di morte (Mod. ISTAT) se il decesso è avvenuto in regime extra-ospedaliero
- cartella clinica contenente i dati della terapia trasfusionale se l'avente causa NON godeva dell'assegno di indennizzo.
- copia referti, esami ematochimici e strumentali
- \_\_\_\_\_

Il sottoscritto DICHIARA altresì di voler ricevere ogni comunicazione in merito al seguente indirizzo:

Via/P.zza \_\_\_\_\_ N° |\_|\_|\_| C.A.P. |\_|\_|\_|\_|\_|

Città \_\_\_\_\_ (|\_|\_|) - tel. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna a comunicare ogni variazione dei dati forniti.

Roma il |\_|\_|\_|\_|\_|

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

*DICHIARAZIONE: Ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia di trattamento e protezione dei dati personali, D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, dichiaro di essere a conoscenza che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del relativo procedimento.*

\_\_\_\_\_