DOMANDA PER DANNO IRREVERSIBILE CORRELATO A TRASFUSIONE O SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI

(Reversibilità eredi)

ALL'AZIENDA ZERO
Corso del Popolo n. 4
35131 - PADOVA
Tramite
AZIENDA ULSS n. 9 SCALIGERA
U.O.C. Medicina Legale
Via S. D'Acquisto n. 7
37122 – VERONA
PEC prevenzione.aulss9@pecveneto.it

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25 febbraio 1992 n. 210, il/i sottoscritti

.....

……. in qualità di :

❑ - erede/i

chiede/chiedono di ottenere **l'assegno reversibile/assegno una tantum** di cui alla Legge 238/97, per il (famigliare) …….già indennizzato perchè:

❑ A) contagiato da infezione da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati;

❑ B) operatore sanitario che, in occasione e durante il servizio, ha riportato danno permanente alla integrità psico-fisica con sangue o suoi derivati, perchè provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV, HBV,HCV;

❑ C) danneggiato irreversibilmente da epatite post-trasfusionale.

All'uopo, dichiara/dichiarano:

– di essere nato a ……..... prov. (….....)

il …..... e di risiedere in …….....

via..... n° civico ..... CAP……...

– di essere nato a ……..... prov. (….....)

il …..... e di risiedere in …….....

via..... n° civico ..... CAP……...

– di essere nato a ……..... prov. (….....)

il …..... e di risiedere in …….....

via..... n° civico ..... CAP……...

– di essere nato a ……..... prov. (…....)

il …..... e di risiedere in …….....

via..... n° civico ..... CAP……...

Allega/allegano inoltre:

❑ 1) certificato di stato di famiglia o autocertificazione (1);

❑ 2) certificato di morte (2);

3) .....

4) .....

5) .....

6) .....

7) .....

8) .....

Il/I sottoscritto/i dichiara/no altresì di voler ricevere ogni comunicazione al seguente indirizzo:

Via ..... n°.....

c. a. p. ..... città ..... prov. ..... telefono ...../.....

e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso.

..... lì, ...
(data)

❑ Segnare la voce che interessa .....

(1) Se il danneggiato è minore o deceduto

(2) Se il danneggiato è deceduto .....

.....
(firma/e)

Sono stato informato del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le condizioni di salute, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento (UE) 2016/679 (General Data Protection Regolation – GDRP) secondo l'informativa conservata presso sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: https://www.aulss9.veneto.it.
Saranno trasmessi ai competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge.

Data ……. Firma del dichiarante ……

Il sottoscritto inoltre autorizza il personale dell' U.O.C. Medicina Legale ad esaminare ed estrarre copia della documentazione sanitaria che lo riguarda, conservata presso strutture pubbliche.

Data ……. Firma del dichiarante ……..