



**Riquadro B** Da compilare nel caso che il danneggiato deceduto non abbia mai inoltrato domanda di indennizzo ex L. 210/'92.

**L'avente diritto a tal fine 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 che ha riportato, a seguito ed in conseguenza di contatto con persona vaccinata, lesioni o infermità, dalle quali ne è derivata una menomazione permanente dell'integrità psicofisica.

Soggetto contagiato da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati.

Soggetto con danni irreversibili da epatiti post-trasfusionali.

Coniuge contagiato da uno dei soggetti indicati ai punti precedenti, nonché figlio contagiato durante la gestazione.

**Alla domanda sono allegati i seguenti documenti:**

**A. Documenti amministrativi**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**B. Documenti sanitari**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Dichiara altresì di voler ricevere ogni comunicazione al sottoindicato indirizzo e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso :

Via .....n. ....

CAP. .... Città ..... Prov. ....

telefono .....cell. ....fax .....

....., li

(luogo)

(data)

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

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della L.675/75, dichiaro di essere stato informato che:

1. il conferimento dei dati personali è obbligatorio per poter accedere ai benefici di cui alla presente istanza;
2. i dati personali e sensibili, contenuti nella presente istanza saranno oggetto di trattamento esclusivamente da parte degli enti e strutture del Servizio Sanitario Nazionale ai fini della definizione e della liquidazione delle competenze accertate;
3. il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e automatizzata nel sistema informativo della Azienda USL;
4. titolare del trattamento dei dati è **Dott. Giovanni Montani** o un suo delegato al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, così come previsti dall'art. 13 della L. 675/96.

Pertanto acconsento al trattamento dei dati stessi.

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