

All'ASUFC  
Dipartimento di Prevenzione  
SOSD Medicina Legale  
Via Pozzuolo, 330 (Palazzina 6)  
33100 – UDINE

e per competenza  
Ministero della Salute  
DGVESC  
Ufficio 4 Legge 210/92  
Viale Giorgio Ribotta n. 5  
00144 ROMA

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25 febbraio 1992 n. 210 e successive modifiche e integrazioni,  
il sottoscritto .....  
nato a ..... il ..... e  
residente in.....CAP.....via.....n. ....  
telefono.....e mail.....  
in qualità di avente diritto  
per il deceduto ..... nato a .....il .....  
residente in ..... via ..... n. ....  
chiede di ottenere

- l'indennizzo una tantum di cui all'art.2 comma 3 della L. 210/92,  
ovvero
- l'assegno di reversibilità per 15 anni ai sensi dell'art.1 comma 1 e 3 della L. 238/97 in quanto il de  
cuius risultava:
  - contagiato 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 contagiato da uno dei soggetti precedentemente indicati
  - figlio contagiato durante la gestazione da madre che abbia avuto il riconoscimento dei diritti ex L. 210/92

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di  
dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il  
disposto degli artt. 48 e 76 del D.P.R. 445/2000.

DICHIARA

a) di essere nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
b) di essere residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

c) che il de cuius era nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ed è deceduto il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e AVEVA / NON AVEVA presentato domanda di indennizzo ai sensi della L. 210/92 in data \_\_\_\_\_ e l'istruttoria ERA / NON ERA conclusa con il seguente esito \_\_\_\_\_

d) di essere informato, ai sensi del GDPR - Regolamento UE 2016/679, 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 di identità
- Certificato di morte del danneggiato o dichiarazione sostitutiva
- Stato di famiglia originario del de cuius o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
- Certificato di residenza del deceduto o dichiarazione sostitutiva
- Codice fiscale del o degli aventi diritto

Documentazione sanitaria

- Autodichiarazione di conoscenza del nesso causale
- Scheda informativa dei dati relativi alla trasfusione o alla somministrazione di emoderivati
- Cartelle cliniche che documentano trasfusioni avvenute
- Documentazione sanitaria contenente il primo accertamento di positività
- Denuncia di infortunio sul lavoro di contatto con sangue infetto
- Dichiarazione della Direzione Sanitaria attestante che l'interessato era in servizio effettivo durante lo svolgersi dei fatti
- Relazione circostanziata sullo stato di servizio

OVVERO

- Avvenuto riconoscimento dei diritti ex L. 210/92 del congiunto

in ogni caso:

- Altre cartelle cliniche ed esami
- Cartella clinica relativa al decesso
- Scheda ISTAT relativa al decesso

Dichiara di voler ricevere la corrispondenza al proprio indirizzo, ovvero al seguente

Via.....n..... CAP.....città.....

e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso.

.....li, .....

firma .....