



**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 psico-fisica.
- Soggetto contagiato da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati.
- Operatore sanitario che ha contratto l'infezione da HIV in occasione e durante il servizio, a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV
- 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. Copia fotostatica documento d'identità

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

B. Documenti sanitari

1. Copia conforme della cartella clinica relativa al decesso ovvero, in caso di morte al di fuori di strutture ospedaliere, scheda di morte ISTAT (modello ISTAT/D/4) in originale o in copia conforme

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

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

Via ..... n. ....  
CAP. .... Città .....Prov. ....  
telefono .....cell. .... fax .....e-mail.....

*Ai sensi e per gli effetti del D.lgs. 196/03 e successive modificazioni e integrazioni si informa che:*

1. il conferimento dei dati personali è indispensabile per poter accedere ai benefici di cui alla presente istanza;
2. i dati personali e sensibili, contenuti nella presente istanza e nella documentazione sanitaria ad essa connessa, saranno oggetto di trattamento esclusivamente da parte degli enti e strutture del Servizio Sanitario Nazionale e Militare ai fini della definizione dell'istanza stessa, nonché della liquidazione delle competenze accertate;
3. il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e automatizzata nel sistema informatico della ASST di Mantova;
4. titolare del trattamento dei dati è la ASST di Mantova, il cui legale rappresentante è il Direttore Generale, domiciliato, agli effetti della carica, a Mantova Strada Lago Paiolo,10. Responsabile, per l'ambito di rispettiva competenza, ai sensi dell'art. 29 del D.Lgs. 196/03, è il Responsabile del Servizio di Medicina Legale

Firma per presa visione \_\_\_\_\_

(firma estesa leggibile)

....., li |\_\_|\_|\_|  
(luogo) (data)

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