

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia  
**Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina"**

Via Vittorio Veneto, 174 - 34170 Gorizia  
PEC: [aas2.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:aas2.protgen@certsanita.fvg.it)  
Cod. Fisc.: 01162270316 - Part. I.V.A.: 01162270316

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE – SISP – Medicina Legale

All'AAS n. 2 "Bassa Friulana-Isontina"  
Dipartimento di Prevenzione  
Via Molin, 21  
33057 – PALMANOVA

e p.c.  
Al Ministero della Salute  
Ufficio Speciale Legge 210/92  
Via Giorgio Ribotta, 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.....fax.....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 D. Lgs. 196/2003, 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 L210/92 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 .....