

**DOMANDA DI ASSEGNO UNA TANTUM**

Alla Regione Toscana  
Dipartimento del Diritto alla e delle  
Politiche di Solidarietà  
"Settore Affari Generali"  
Via Taddeo Alderotti, 26/n  
50139 FIRENZE

**per il tramite dell’Azienda USL n. di  
U.O. Medicina Legale**

Via n.  
CAP Città

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25.7.97 n.238 di modifica ed integrazione alla

L.25.2.92 n.210, il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... prov. .... il .....  
in qualità di erede di .....  
nato/a a ..... prov. .... il .....  
residente a ..... prov. .... il .....  
deceduto/a il ..... a .....

Chiede di ottenere l’assegno una tantum di L.150.000.000 di cui all’art.1 comma 3 -  
oppure assegno reversibile per 15 anni di cui al comma 1 della predetta legge - ritenendo che il  
decesso sia derivato da:

- Epatite post-trasfusionale;
- infezione da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati;
- infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da  
soggetti affetti da infezione da HIV, in occasione e durante il servizio come operatore sanitario;
- vaccinazioni obbligatorie effettuate per legge o per ordinanza di un’ autorità sanitaria italiana;
- contatto con persona vaccinata che abbia riportato una menomazione permanente;
- vaccinazioni effettuate per motivi di lavoro o incarico del proprio ufficio, o per poter accedere  
ad uno stato estero che, pur non essendo obbligatorie, risultassero necessarie.

!\_! vaccinazioni non obbligatorie effettuate mentre operante in strutture sanitarie ospedaliere a rischio;

!\_! coniuge contagiato da uno dei soggetti sopra indicati;

!\_! Figlio contagiato durante la gestazione da madre che ha avuto riconosciuto il diritto all'indennizzo.

A tal fine, ai sensi art.46 e 47 DPR n.445 del 28/12/2000 e consapevole delle conseguenze penali previste dall'art.76 del citato DPR n.445/2000 in caso di dichiarazioni false e mendaci, il/la sottoscritto/a

**DICHIARA**

- di essere nato/a a ..... prov. .... il.....;

- di essere residente in ..... prov. ....;

Via ..... n. civico .....telefono.....;

- che il Sig./ra..... è deceduto il ..... a.....;

- che il soggetto deceduto aveva/non aveva presentato domanda di indennizzo ai sensi art.1 L.210/92.

- Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di voler ricevere ogni comunicazione inerente la pratica al seguente indirizzo e di comunicare eventuali variazioni delle stesso:

.....

.....

..... , lì .....

(data)

.....

(firma)

**Elenco dei documenti da allegare:**

- cartella clinica completa relativa al decesso; oppure, se il decesso è avvenuto al di fuori di strutture ospedaliere, scheda di morte ISTAT;

Tutti i documenti richiesti per soggetti trasfusi e vaccinati (se il danneggiato deceduto non aveva mai presentato domanda di indennizzo).