INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Allegato n 1 Mod. 190

Alla Sede INAIL di _____

_____

_____

_____

ISTANZA PRESTAZIONE UNA TANTUM FONDO VITTIME DELL'AMIANTO
PER MESOTELIOMA DI ORIGINE NON PROFESSIONALE
(legge 23 dicembre 2014 n. 190, art. 1, comma 116
Decreto interministeriale 4 settembre 2015)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ Sesso M F

Nazionalità _____ Codice Fiscale _____

residente in_____ Provincia _____

Indirizzo _____ n _____ CAP_____

Recapiti telefonici _____ e-mail _____

PEC _____

CHIEDE

l'ammissione alla prestazione del Fondo per le vittime dell'amianto (art. 1, comma 241, della legge 24 dicembre 2007 n. 244) ai sensi dell'art. 1, comma 116, della legge 23 dicembre 2014, n. 190 e del decreto interministeriale 4 settembre 2015. A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.,

DICHIARA

1) di essere affetto da mesotelioma come da certificazione allegata

2) che non gli/le è stata riconosciuta alcuna patologia di natura professionale per esposizione all'amianto

3) che per una malattia causata dall'amianto, ai fini di un riconoscimento professionale o per causa di servizio:

- ❑ non ha presentato alcuna domanda
- ❑ ha presentato domanda attualmente in corso di trattazione
- ❑ ha presentato domanda definita negativamente e il provvedimento di reiezione non è allo stato oggetto di ricorso amministrativo o giudiziario

4) di aver contratto il mesotelioma per esposizione familiare a lavoratore impiegato in Italia nella lavorazione dell'amianto o per esposizione ambientale in Italia all'amianto, fornendo le seguenti informazioni:

- Familiare lavoratore impiegato nella lavorazione dell'amianto:

  Nome e Cognome _____

  Luogo e data nascita _____ ___/___/_____ CF_____

  Rapporto di parentela, affinità o altro

  - ❑ Genitore
  - ❑ Coniuge
  - ❑ Figlio/a
  - ❑ Altro *(da specificare)* _____

  Ragione sociale azienda/datore di lavoro presso cui il lavoratore è stato esposto all'amianto

  _____

  Luogo Stabilimento/Unità produttiva: Comune_____ Prov. _____

  Periodo di impiego del lavoratore
  nella lavorazione dell'amianto: dal___/___/_____ al ___/___/____

  Luogo della convivenza: Comune_____ Prov. _____

  Periodo di convivenza del dichiarante con il lavoratore: dal___/___/_____ al ___/___/____

- Residenza in Italia del dichiarante:
  - ❑ dalla nascita
  - ❑ dal ____/____/_____ a tutt'oggi
  - ❑ nei periodi: dal___/___/_____ al ___/___/____ dal___/___/_____ al ___/___/____

    dal___/___/_____ al ___/___/____ dal___/___/_____ al ___/___/____

- Residenza/abitazione del dichiarante in immobile con presenza di amianto *(indirizzo immobile comune provincia)*_____

  _____

- Residenza/abitazione in immobile sito in prossimità di azienda che abbia utilizzato amianto nelle lavorazioni *(indicare: indirizzo dell'immobile; denominazione comune e provincia dell'azienda)*

  _____

  _____

  _____

- Altre informazioni sull'esposizione all'amianto _____

  _____

  _____

5) di scegliere, in caso di accoglimento della presente istanza, la seguente forma di pagamento[1]:

❑ Accredito su conto corrente bancario/postale
Banca/Ufficio Postale _____
Indirizzo: Comune _____ Prov. _____
Via/Piazza _____ n. civico. ____ Agenzia n. _____

Codice IBAN ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Intestato a: Cognome _____ Nome _____
Cointestato a: Cognome _____Nome _____

❑ Accredito su carta prepagata N: _____(previa verifica del limite massimo di caricamento)

Codice IBAN ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Intestata a: Cognome _____ Nome _____
Cointestata a: Cognome _____Nome _____

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti attraverso la compilazione della presente istanza saranno trattati dall'Inail, anche con strumenti elettronici, per scopi strettamente correlati alle proprie funzioni istituzionali, in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dalla legge

- che i dati forniti con la presente istanza sono rispondenti a verità e di essere consapevole, nel caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, delle conseguenze e delle sanzioni previste dall'art. 76, d.p.r. n. 445/2000 e s.m.i..

Luogo e data _____ _____
(firma del dichiarante)

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

- Copia documento di identità in corso di validità

- Certificato originale rilasciato da un Ente ospedaliero pubblico o privato accreditato dal Servizio sanitario nazionale (ivi compresi gli IRCCS), attestante che il dichiarante è affetto da mesotelioma e contenente l'indicazione della data della prima diagnosi della patologia.

- Altro _____

[1] Conto corrente, bancario/postale e carta prepagata devono necessariamente essere intestati o cointestati all'avente diritto alla prestazione del Fondo.