

Bundesamt für Justiz  
Referat III 2  
53094 Bonn  
Germania

**Domanda  
di concessione di elargizione speciale  
in favore di vittime di reati terroristici/superstiti di vittime  
decedute in seguito a reati terroristici**

**Attentato del 19/12/2016 a Berlino, Breitscheidplatz**

Ho riportato ferite o lesioni in seguito al reato terroristico.	
Sono superstite di una vittima di un reato terroristico.	
<b><u>Per i superstiti:</u></b> Quale rapporto di <b>parentela</b> aveva con la vittima deceduta in seguito al reato terroristico?	Il/La deceduto/a era mio/a

**I.**  
**Dati personali del richiedente**

<b>Nome/i:</b>	
<b>Cognome</b> (cognome di nascita se pertinente):	
<b>Data di nascita:</b>	
<b>Luogo di nascita:</b>	
<b>Indirizzo attuale:</b>	
<b>Reperibilità telefonica:</b> (se del caso, numero di rete mobile)	
<b>E-mail:</b>	
<b>Professione / attività esercitata:</b>	
<b>Cittadinanza / posizione giuridica in materia di soggiorno:</b> (accludere copia del titolo di soggiorno se pertinente)	
<b>Coordinate bancarie:</b>	
IBAN:	
BIC:	
Nome della banca:	
Titolare del conto:	

**II.**  
**Rappresentanti legali del richiedente**  
**(per minori/in caso di amministrazione di sostegno)**

<b>Cognome del rappresentante:</b>	
<b>Nome del rappresentante:</b>	
<b>Indirizzo del rappresentante:</b>	
<b>Reperibilità telefonica:</b> (se del caso, numero di rete mobile)	
<b>E-mail:</b>	
<b>Cognome ulteriore rappresentante:</b>	
<b>Nome ulteriore rappresentante:</b>	
<b>Indirizzo ulteriore rappresentante:</b>	
<b>Reperibilità telefonica:</b> (se del caso, numero di rete mobile)	
<b>E-mail:</b>	

**Barrare con una croce la casella pertinente:**

- Noi (genitori) siamo entrambi autorizzati a rappresentare nostro/a figlio/a.
- Ho la rappresentanza esclusiva.

**III.**  
**Informazioni sulle ferite o lesioni riportate**

<p>Ha riportato <b>Lei stesso/a ferite o lesioni in seguito al reato terroristico?</b></p>	
<p><b>Quali ferite o lesioni ha riportato?</b> <i>(si prega di accludere, se del caso, referti ospedalieri, lettere di dimissioni, certificati, relazioni mediche ecc.)</i></p>	
<p>Si sta sottoponendo a trattamento medico/psicoterapeutico <b>per disturbi di natura psichica</b> o sta considerando la possibilità di ricorrere a tali cure? <i>(si prega di accludere, se del caso, referti ospedalieri, lettere di dimissioni, certificati psicologici, relazioni mediche ecc.)</i></p>	

## IV. Dichiarazioni del richiedente

### **Elargizione concessa secondo equità:**

Sono consapevole che non sussiste **alcun diritto** all'elargizione del contributo e che la decisione dell'Ufficio Federale di Giustizia verrà presa secondo criteri di equità nel rispetto del principio della parità di trattamento (art. 3 *Grundgesetz* (Legge Fondamentale)).

### **Dati personali:**

**Accenso** espressamente alla presa in visione e all'analisi degli atti (ad esempio di polizia, della procura o di tribunale). **Accenso**, inoltre, all'archiviazione e alla trasmissione dei miei dati personali ad altri uffici pubblici ai fini dell'esame della domanda e della decisione al riguardo. Tale consenso si riferisce anche ad **informazioni fornite a enti e/o uffici** che mettono a disposizione contributi per le vittime parimenti finanziati attraverso fondi pubblici (ad esempio uffici statali di assistenza, uffici comunali di assistenza sociale, casse malattia) o contributi per le vittime finanziati attraverso fondi privati.

### **Cessione di diritti di natura civile:**

In caso di concessione dell'elargizione speciale, cedo con la presente all'Ufficio Federale di Giustizia qualsiasi altro diritto affine al risarcimento di un danno materiale o immateriale contro terzi, a qualsiasi titolo, **in particolare un eventuale diritto al risarcimento di danni morali**, per un importo pari all'ammontare delle elargizioni corrisposte nell'ambito della presente domanda.

*Assicuro che quanto da me dichiarato corrisponde a verità.*

---

(Luogo e data, firma del richiedente)

---

(Firma del rappresentante legale, per minori firma di entrambi i genitori in caso di responsabilità genitoriale congiunta)