SINISTRO	DATA EVENTO	DATA RICHIESTA DANNI	ASSICURATO	DANNEGGIATO
2023_RC_005175	19/05/2019	30/11/2023	AOU S	L R A

ATTO DI QUIETANZA

Il Sottoscritto **Sig. L M** - CF **nato a B a (SS) il 2 /1958**, nella qualità di tutore legale del **Sig. L R A** , CF ! nato a **Sassari (SS) il /1984**, come da Decreto di nomina di tutore e protutore del Giudice Tutelare del Tribunale di Sassari **n. Reg. Tut. leg. Cron.** , entrambi elettivamente domiciliati presso lo **Studio Legale Avv. Elisa Pilo** con sede in **Sassari (SS) Via Roma 16** e presso lo **Studio Legale Avv. Angelo Forestieri** con sede in **Milano (MI) Via Donatello 19/a**, dichiara di accettare la **somma OMNICOMPRENSIVA di € 15.000,00 (quindicimila/00 euro), di cui €12.000,00 (dodicimila/00 euro) a titolo di sorte capitale a favore del danneggiato Sig. L R A e €3.000,00 (millecinquecento/00 euro) comprensiva di oneri legali e relative competenze, iva, cpa e accessori, al lordo della ritenuta di acconto a favore dei legali Avv. Elisa Pilo e Avv. Angelo Forestieri**, in via transattiva e comunque a tacitazione integrale e definitiva di qualsivoglia istanza risarcitoria presente e futura per ogni danno, jure proprio e jure hereditatis, a qualsiasi titolo, materiale e immateriale, patrimoniale e non patrimoniale, diretto e indiretto, presente e futuro, conosciuto e non, a persone e cose, comprensivo di spese di patrocinio, spese di CTU, spese di rappresentanza, spese mediche, spese sostenute e da sostenere in conseguenza del sinistro sopra rubricato e specificatamente in conseguenza dei fatti occorsi.

CLAUSOLE:

- **Il sottoscritto riconosce che il pagamento della suddetta somma, viene effettuata dalla Azienda Ospedaliera e dichiara di non avere più nulla a pretendere, a qualsiasi titolo, ragione e/o causa dalla Assicurazioni Spa, quale Compagnia Assicurativa dell'Azienda Ospedaliera , da eventuali altri Assicuratori e/o Coassicuratori interessati, dall' dell'Azienda Ospedaliera nè da altri eventuali soggetti e/o enti obbligati e/o coobbligati, responsabili e/o corresponsabili a qualunque titolo in conseguenza del sinistro in epigrafe specificato.**
- Il sottoscritto dichiara di essere l'unico legittimato a pretendere alcunché in relazione al sopra emarginato sinistro, nonché a ricevere il pagamento delle somme concordate, dichiara altresì che non vi sono soggetti terzi che hanno subito danni riflessi in conseguenza del sinistro sopra rubricato impegnandosi a tenere indenni **Assicurazioni Spa, dell'Azienda Ospedaliera** qualunque altro Assicuratore e/o Coassicuratore interessato, qualunque altro eventuale soggetto e/o ente obbligato e/o coobbligato, responsabile e/o corresponsabile a qualunque titolo da qualunque futura richiesta proveniente da terzi a qualunque titolo promossa in dipendenza del sinistro sopra rubricato (anche, in particolare, in via di rivalsa da parte di alcun assicuratore sociale o ente previdenziale, quali a titolo meramente esemplificativo, l'INAIL o INPS o eventuale amministratore di sostegno e/o tutore).
- **Il sottoscritto rilascia pertanto con la presente ampia e definitiva quietanza di liberazione e saldo rinunciando a qualsiasi azione civile, penale e amministrativa presente e futura riferita al sinistro sopra rubricato impegnandosi a svolgere quelle attività formali che si rendessero necessarie al riguardo.**
- **Il sottoscritto dichiara di non aver usufruito di prestazioni da Assicuratori Sociali ed Enti Previdenziali e dichiara che non vi sono soggetti terzi che abbiano subito danni riflessi in conseguenza del sinistro sopra rubricato.**

Le parti tutte del presente accordo ed i loro legali si impegnano ed obbligano a mantenere la massima riservatezza sull'esistenza e la sottoscrizione del presente accordo, ovvero si impegnano a non divulgare a terzi

neppure il contenuto ed i presupposti dell'accordo medesimo, né qualsivoglia informazione ad esso afferente, pena il risarcimento del danno che ne dovesse derivare e/o la manleva a carico del responsabile per tutti gli esborsi ulteriori che la Spett.le Azienda Ospedaliera, la Compagnia . . . . Assicurazioni SPA e alcuno degli amministratori, dirigenti, dipendenti, collaboratori, assistenti e consulenti delle stesse fossero chiamati a corrispondere a terzi in relazione al sinistro in oggetto e per i medesimi fatti, come conseguenza dell'inadempimento al presente obbligo di riservatezza. Sarà invece consentito alla Struttura e alla Compagnia esibire in qualsiasi sede il presente accordo laddove terzi dovessero formulare richieste risarcitorie/indennitarie in relazione al sinistro in oggetto e per i medesimi fatti.

Il pagamento della somma concordata sarà effettuato dall'**Azienda Ospedaliera** ..... di entro il 60° giorno dalla ricezione della quietanza in originale completamente compilata e corredata di tutta la documentazione richiesta.

Gli effetti liberatori della presente quietanza decorreranno dal ricevimento della suddetta somma concordata.

Luogo e data 21.02.2025

FIRME **Cod. Fiscale/P.Iva beneficiari**

Sig. Licheri Mario (n.q. di tutore legale del Sig. L ... Ar. ...) L ...

Avv. Elisa Pilo ... Elisa Pilo

Avv. Angelo Forestieri FRSNGL80H08D416I Angelo Forestieri

Il sottoscritto Sig. L M , nella qualità di tutore legale del Sig. L R A , CF ..., nato a Sassari (SS) il . . 4, come da Decreto di nomina di tutore e protutore del Giudice Tutelare del Tribunale di Sassari n. Reg. Tut. . Reg. Cron. , **dichiara di accettare il pagamento della somma complessiva di € 12.000,00 (dodicimila/00 euro) a titolo di sorte capitale, con accreditamento presso il c/c cointestato al Sig.** L ... M e Sig. L i R A (), **come da Autorizzazione del Decreto del Giudice Tutelare n.** RG. 1200 3 RILASCIATA IN DATA 15

ISTITUTO DI CREDITO (BANCA + AGENZIA): BANCO DI SARDEGNA BPER

Codice **IBAN** leggibile:

I	T			C	0									0	0	0	0											

Int.Code Check Cin **ABI** **CAB** **Nr. Conto Corrente**

Intestato a : L ... L ... R ... O A

Codice Fiscale dell'Intestatario: L ... L ...

Roma, 21.02.2025
Luogo e data

Firma

La Sottoscritta Avv. Elisa Pilo dichiara di accettare il pagamento della somma di €1.500,00 (millecinquecento/00 euro) a titolo di onorari legali al lordo di accessori di legge mediante bonifico bancario, con accreditamento a favore di:

ISTITUTO DI CREDITO (BANCA + AGENZIA): ING BANK

Codice IBAN leggibile:

IT [redacted]
Int.Code Check Cin ABI CAB Nr. Conto Corrente

Intestato a : PILO ELISA

Codice Fiscale dell'Intestatario: PI[redacted]

Roma, 21.02.2025
Luogo e data

Elisa Pilo
Firma

Il Sottoscritto Avv. Angelo Forestieri dichiara di accettare il pagamento della somma di €1.500,00 (millecinquecento/00 euro) a titolo di onorari legali al lordo di accessori di legge mediante bonifico bancario, con accreditamento a favore di:

ISTITUTO DI CREDITO (BANCA + AGENZIA): MEDIOBANCA PREMIER S.p.a. - Filiale Piazza S. Angelo 1 MILANO

Codice IBAN leggibile:

IT 81 C 03058 01604 [redacted]
Int.Code Check Cin ABI CAB Nr. Conto Corrente

Intestato a : ANGELO FORESTIERI

Codice Fiscale dell'Intestatario: FRSNGL80H08D416I

MILANO, 18/02/2025
Luogo e data

Angelo Forestieri
Firma

I sottoscritti Avv. Elisa Pilo (CF [redacted]) e Avv. Angelo Forestieri (CF FRSNGL80H08D416I) dichiarano:

(1) che le firme che precedono sono quelle dei legittimi percipienti della somma concordata

(2) di rinunciare alla solidarietà di cui al comma 8 dell'art. 13 legge 247 del 2012.

Adempimenti necessari per la liquidazione:

- Compilare il modulo di quietanza in tutte le sue parti ed inviarlo, debitamente firmato, a mezzo PEC [redacted]@pec.it e, in originale, a mezzo posta, presso i nostri Uffici di Milano, siti in Via [redacted] Milano;

- Non saranno accettate quietanze con integrazioni e/o modifiche e/o cancellazioni;

- Allegare la seguente documentazione:

  - Copia di documento di identità o equipollente in corso di validità dei danneggiati/beneficiari;
  - Copia del codice Fiscale in corso di validità dei danneggiati/beneficiari;
  - Copia di documento di identità o equipollente in corso di validità del legale dei danneggiati/beneficiari;
  - Copia del Codice Fiscale in corso di validità del legale dei danneggiati/beneficiari;
  - Indicazione degli estremi del conto corrente (codice IBAN) del danneggiato su cui bonificare la somma;
  - Copia dell'autorizzazione del giudice tutelare all'incasso e al reimpiego delle somme con esonero di ogni qualsivoglia responsabilità in capo alla Compagnia solvente e all'Azienda Ospedaliera di ..... (AOU) nostro Assicurato: in caso di liquidazione di somme in favore di soggetto con Amministratore di sostegno o minorenne agli esercenti la potestà genitoriale/tutore legale;
  - Nota pro forma o fattura del legale intestata ai danneggiati con indicazione "solvente Azienda Ospedaliera di (AOU)".