

Data di presentazione: |_|_|_| Protocollo n° Pratica n°

**DOMANDA ex L. 210 / 92 PER DANNO IRREVERSIBILE CORRELATO A
 VACCINAZIONE, TRASFUSIONE O SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI**

Alla ASL della provincia di
 Via cap Città

Ai sensi e per gli effetti della L. 25 febbraio 1992 n. 210 e successive modifiche e integrazioni
 il sottoscritto (cognome) (nome)
 nato aprov., il |_|_|_|_|_|, |
 residente aprov. cap
 Via N.
 cod. fisc. |...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|... tel..... fax

in qualità di :
**diretto interessato
 esercente la potestà genitoriale o la tutela di**

(cognome) (nome)
 nato a Prov., il |_|_|_|_|_|, |
 residente a Prov.CAP
 Via N.
 cod. fisc. |...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|... tel..... fax

CHIEDE

**di ottenere l'indennizzo di cui all'articolo 1 della predetta legge quale appartenete alla seguente
 tipologia di beneficiario:**

Soggetto sottoposto a vaccinazione obbligatoria per legge o per ordinanza di una autorità sanitaria. Soggetto sottoposto a vaccinazioni, anche non obbligatorie, necessarie per motivi di lavoro o per incarico del proprio ufficio, o per poter accedere ad uno stato estero. Soggetto a rischio operante nelle strutture sanitarie ospedaliere, che si è sottoposto a vaccinazioni anche non obbligatorie. Soggetto non vaccinato che ha riportato, a seguito ed in conseguenza di contatto con persona vaccinata, lesioni o infermità, dalle quali ne è derivata una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica. Soggetto sottoposto a vaccinazione antipoliomelitica non obbligatoria nel periodo di vigenza della L. 695/59.
Soggetto contagiato da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati. Operatore sanitario che ha contratto l'infezione da HIV in occasione e durante il servizio, a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV. Soggetto con danni irreversibili da epatiti post-trasfusionali.
Coniuge contagiato da uno dei soggetti indicati ai punti precedenti. Figlio contagiato durante la gestazione.
Soggetto con aggravamento delle infermità e delle lesioni. Soggetto con più di una patologia.

Riferimento precedente domanda di indennizzo Pratica. N. del |_|_|_|_|_| a seguito della quale è stato riconosciuto allo stesso/al suo rappresentato una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica ascrivibile alla..... categoria della tabella A allegata al DPR 30/12/81 n. 834.

CHIEDE

inoltre, l'importo aggiuntivo "una tantum" ai sensi dell'articolo 2, comma 2, L. 210/92 per aver riportato una menomazione permanente a causa di vaccinazioni obbligatorie.

Alla domanda sono allegati i seguenti documenti:

A. Documenti amministrativi

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

B. Documenti sanitari

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Dichiara altresì di voler ricevere ogni comunicazione al sottoindicato indirizzo e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso :

Via n.
 CAP. Città Prov.
 telefono cell. fax

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della L.675/75 si informa che:

1. *il conferimento dei dati personali è obbligatorio per poter accedere ai benefici di cui alla presente istanza;*
2. *i dati personali e sensibili, contenuti nella presente istanza saranno oggetto di trattamento esclusivamente da parte degli enti e strutture del Servizio Sanitario Nazionale ai fini della definizione e della liquidazione delle competenze accertate;*
3. *il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e automatizzata nel sistema informatico della Azienda Sanitaria Locale;*
4. *titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale o un suo delegato al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, così come previsti dall'art. 13 della l. 675/96.*

Firma per presa visione _____

(firma estesa leggibile)

....., li | | | |
 (luogo) (data)

 (firma estesa leggibile)