

**DOMANDA DI ADESIONE ALLA PROCEDURA TRANSATTIVA**  
**D.M. 28/04/2009, n. 132**

**Al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali**  
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli  
essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema,  
Ufficio VIII  
Via Giorgio Ribotta, 5 – 00144 ROMA

<b>Dati anagrafici del Legale Rappresentante (Avvocato)</b>	
<b>Cognome *</b>	
<b>Nome *</b>	
<b>Data di nascita * (gg/mm/aaaa)</b>	
<b>Sesso *</b>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
<b>Codice fiscale *</b>	
<b>Luogo di nascita *</b>	
<b>Residenza</b>	
<b>Indirizzo</b>	
<b>Numero di telefono*</b>	
<b>E-mail*</b>	
<b>Numero Iscrizione all'Ordine</b>	
<b>Ordine di appartenenza</b>	
<b><u>NOTE PER LA COMPILAZIONE</u></b>	
<i>* I campi contrassegnati con il simbolo * sono obbligatori;</i>	

<b>Dati anagrafici del danneggiato</b>	
<b>Cognome danneggiato *</b>	
<b>Nome danneggiato *</b>	
<b>Data di nascita * (gg/mm/aaaa)</b>	
<b>Sesso *</b>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
<b>Codice fiscale *</b>	
<b>Luogo di nascita *</b>	
<b>Residenza</b>	
<b>Indirizzo</b>	
<b>Cap</b>	
<b>Data decesso (gg/mm/aaaa)<sup>(1)</sup></b>	
<b>Manifestazione di intenti</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Data manifestazione di intenti (gg/mm/aaaa)<sup>(2)</sup></b>	
<b><u>NOTE PER LA COMPILAZIONE</u></b>	
<i>* I campi contrassegnati con il simbolo * sono obbligatori;</i>	
<i>1. Nel caso sia stata valorizzata la data del decesso del danneggiato allora è obbligatorio inserire anche i dati di almeno un avente causa nella sezione specifica: "Dati anagrafici aventi causa (Eredi)".</i>	
<i>2. Nel caso sia stato indicato Si nel campo Manifestazione d'intenti allora la data deve essere obbligatoriamente indicata.</i>	

Posizione rispetto alla L.210/92	
Età del danneggiato alla manifestazione del danno (1)	
Gruppo di riferimento * (2)	Emofilici <input type="checkbox"/> Talassemici <input type="checkbox"/> Trasfusi occasionali <input type="checkbox"/> Affetti da anemia ereditaria <input type="checkbox"/> Vaccinati obbligatori <input type="checkbox"/> Emoglobinopatie <input type="checkbox"/> Daneggiati da emoderivati infetti <input type="checkbox"/>
Tipo Vaccino (3)	Antidifterica <input type="checkbox"/> Antipoliomelitica <input type="checkbox"/> Antitetanica <input type="checkbox"/> Antiepatite Virale B <input type="checkbox"/>
Ha richiesto l'indennizzo ex L210/92 tramite via amministrativa o per via giudiziale? (4)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Data della presentazione domanda richiesta di indennizzo (gg/mm/aaaa) (5)	
Ha avuto riconosciuto il diritto all'indennizzo ex L210/92 ? (6)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Posizione Pratica del Ministero (7)	
Categoria * (8)	Nessuna Categoria <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
Doppia patologia (9)	Nessuna Categoria <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
Con quale provvedimento (10)	Sentenza <input type="checkbox"/> Verbale CMO <input type="checkbox"/> Parere UML <input type="checkbox"/>
Nesso con patologia (11)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nesso con decesso (12)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tempestività (13)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>NOTE PER LA COMPILAZIONE</b>	
<p>* I campi contrassegnati con il simbolo * sono obbligatori;</p> <p>1. Identifica l'età in cui si è manifestato il danno per cui viene richiesto il risarcimento ;</p> <p>2. Selezionare solo un Gruppo di appartenenza.</p> <p>3. Indicare il Tipo Vaccino SOLO se il gruppo di appartenenza è "Vaccinati obbligatori"</p>	

4. *Indicare se è stata effettuata la richiesta per l'indennizzo ex L.210/92. Se non è stata effettuata la richiesta la presente domanda non sarà presa in considerazione per la transazione.*
5. *Indicare la data in cui è stata presentata la domanda per la richiesta di indennizzo.*
6. *Indicare se è stato riconosciuto l'indennizzo richiesto.*
7. *Indicare il numero della pratica assegnata dall' ex ministero della Salute.*
8. *Indicare la Categoria riconosciuta in base alla classificazione definita in Tabella A DPR 834/81.*
9. *Indicare la Categoria se presente una Doppia Patologia riconosciuta (Tabella A DPR 834/81).*
10. *Indicare il provvedimento con cui è stato riconosciuto il danno, come specificato nel D.M. n°132 del 28/04/2009 art. 2 comma 1, lettera a).*
11. *Permette di indicare la presenza o meno di un nesso accertato dalla Sentenza, dal Parere UML o dal Verbale CMO con la patologia del danneggiato.*
12. *Permette di indicare la presenza o meno di un nesso accertato dalla Sentenza, dal Parere UML o dal Verbale CMO con il decesso del danneggiato.*
13. *Permette di indicare la presenza o l'assenza di tempestività nella presentazione della domanda.*

#### **Dati Economici**

**Valore ISEE (Anno di riferimento 2008)**

#### **NOTE PER LA COMPILAZIONE**

**Attenzione:**

- *L'informazione indica il Valore dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) relativo all'anno 2008.*
- *In caso di mancata indicazione, il danneggiato rinuncia alla eventuale priorità di cui all'articolo 33, comma 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159 convertito in legge 29 novembre 2007, n. 222 e all'articolo 2, comma 362, legge 24 dicembre 2007, n. 244*
- *Nel caso di danneggiato deceduto, compilare la sezione specifica: "Dati anagrafici aventi causa (Eredi)".*

<b>Contenzioso giurisdizionale per il risarcimento</b>	
<b>Data notifica atto citazione di primo grado (1) (gg/mm/aaaa)</b>	
<b>Sentenza (2)</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Data sentenza (3) (gg/mm/aaaa)</b>	
<b>Data notifica (4) (gg/mm/aaaa)</b>	
<b>Esito (5)</b>	Accoglimento <input type="checkbox"/> Accoglimento parziale <input type="checkbox"/> Rigetto <input type="checkbox"/>
<b>Importo totale riconosciuto comprensivo di accessori (6)</b>	Inferiore a 200.000,00 euro <input type="checkbox"/> Da 201.000,00 a 300.000,00 euro <input type="checkbox"/> Da 301.000,00 a 400.000,00 euro <input type="checkbox"/> Da 401.000,00 a 500.000,00 euro <input type="checkbox"/> Da 501.000,00 a 600.000,00 euro <input type="checkbox"/> Da 601.000,00 a 700.000,00 euro <input type="checkbox"/> Da 701.000,00 a 800.000,00 euro <input type="checkbox"/> Da 801.000,00 a 900.000,00 euro <input type="checkbox"/> Da 901.000,00 a 1.000.000,00 euro <input type="checkbox"/> Superiore a 1.000.000,00 euro <input type="checkbox"/>
<b>Atto citazione in appello (7)</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Data notifica atto citazione in appello (8) (gg/mm/aaaa)</b>	
<b>Sentenza (9)</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Data sentenza (10) (gg/mm/aaaa)</b>	
<b>Data notifica (11) (gg/mm/aaaa)</b>	
<b>Esito (12)</b>	Conferma <input type="checkbox"/> Accoglimento parziale <input type="checkbox"/> Annullamento <input type="checkbox"/>
<b>Importo totale riconosciuto comprensivo di accessori (13)</b>	Inferiore a 200.000,00 euro <input type="checkbox"/> Da 201.000,00 a 300.000,00 euro <input type="checkbox"/> Da 301.000,00 a 400.000,00 euro <input type="checkbox"/> Da 401.000,00 a 500.000,00 euro <input type="checkbox"/> Da 501.000,00 a 600.000,00 euro <input type="checkbox"/> Da 601.000,00 a 700.000,00 euro <input type="checkbox"/> Da 701.000,00 a 800.000,00 euro <input type="checkbox"/> Da 801.000,00 a 900.000,00 euro <input type="checkbox"/> Da 901.000,00 a 1.000.000,00 euro <input type="checkbox"/> Superiore a 1.000.000,00 euro <input type="checkbox"/>
<b>Ricorso in Cassazione (14)</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Data notifica ricorso in Cassazione (15) (gg/mm/aaaa)</b>	

#### **NOTE PER LA COMPILAZIONE CONTENZIOSO GIURISDIZIONALE**

*Le informazioni richieste in questa sezione non sono obbligatorie. Rispondono ai soli criteri di congruenza come specificato nelle note di seguito:*

- 1. Permette di inserire la Data della notifica dell'atto di citazione di primo grado. Non può essere antecedente il 1° gennaio 2008. (v. D.M. n° 132 del 28/04/2009 art.1 comma1).*
- 2. Definisce se è stata emessa o meno la sentenza di primo grado.*
- 3. Se è stata emessa la sentenza deve essere valorizzata la Data sentenza.*
- 4. Se è stata emessa la sentenza deve essere valorizzata la Data notifica.*
- 5. Attore dell'esito è il danneggiato.*
- 6. Indicare a quale fascia appartiene l'eventuale risarcimento accordato nella sentenza di primo grado.*
- 7. Indica se vi è stata citazione in Appello. Compilare solo nel caso in cui sono stati forniti i dati relativi alla sentenza di primo grado.*
- 8. Indicare la data di notifica se il flag precedente è valorizzato a SI.*
- 9. Indicare se è stata emessa sentenza.*
- 10. Se è stata emessa sentenza valorizzare la data sentenza.*
- 11. Se è stata emessa sentenza valorizzare la data notifica.*
- 12. Attore dell'esito è il danneggiato.*
- 13. Indicare a quale fascia appartiene l'eventuale risarcimento accordato nella sentenza di appello.*
- 14. Indica se vi è stato ricorso in Cassazione. Compilare solo nel caso in cui sono stati forniti i dati relativi alla sentenza di primo grado e all'Appello..*
- 15. indicare la data del ricorso.*

<b>Dati anagrafici Aventi Causa (Eredi)</b>	
<b>Cognome *</b>	
<b>Nome *</b>	
<b>Data di nascita * (gg/mm/aaaa)</b>	
<b>Sesso *</b>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
<b>Codice fiscale *</b>	
<b>Luogo di nascita *</b>	
<b>Residenza*</b>	
<b>Tipo di parentela*</b>	Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Sorella <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Nonno/a <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Tutore <input type="checkbox"/> Pro-tutore <input type="checkbox"/> Curatore <input type="checkbox"/> Procuratore <input type="checkbox"/>
<b>Indicatore ISEE Anno di riferimento 2008(1)</b>	
<b><u>NOTE PER LA COMPILAZIONE</u></b>	
<p><i>* I campi contrassegnati con il simbolo * sono obbligatori;</i></p> <p><i>1. In caso di mancata indicazione, il danneggiato rinuncia alla eventuale priorità di cui all'articolo 33, comma 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159 convertito in legge 29 novembre 2007, n. 222 e all'articolo 2, comma 362, legge 24 dicembre 2007, n. 244.</i></p> <p><b><i>N.B. Nel caso sia stata valorizzata la data del decesso del danneggiato allora è obbligatorio inserire i dati di almeno un avente causa.</i></b></p> <p><b><i>In presenza di più aventi causa che partecipano alla transazione è necessario compilare una sezione dati per ogni singolo soggetto.</i></b></p>	

Allegati Consegnati	
Presentazione domanda Legge 210/92 (1)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Verbale C.M.O./U.M.L. (2)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Sentenza (3)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dichiarazione di Intenti (4)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dichiarazione ISEE (5)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>NOTE PER LA COMPILAZIONE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>In riferimento al D.M. n° 132 del 28/04/2009, art. 4 comma C:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Copia dell'istanza pervenuta alla competente Azienda sanitaria locale per il riconoscimento dell'indennizzo di cui alla Legge 210/92;</i></li> <li>2. <i>Copia del verbale della Commissione Medica Ospedaliera o parere dell'Ufficio Medico Legale o copia della sentenza con cui è stato riconosciuto il danno ascrivibile alle categorie di cui alla Tabella A annessa al DPR 834/81 e nesso causale tra il danno e la trasfusione con sangue infetto o la somministrazione di emoderivati infetti o la vaccinazione obbligatoria.</i></li> <li>3. <i>atti comprovanti la pendenza del giudizio per il risarcimento del danno, copia delle eventuali sentenze già emesse.</i></li> <li>4. <i>Lettera di manifestazione d'intenti sottoscritta dal danneggiato, corredata da una certificazione legale che la sottoscrizione è avvenuta in sua presenza.</i></li> <li>5. <i>Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) di cui al decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109.</i></li> </ol> </li> </ul>	

*Il sottoscritto dichiara che, quanto indicato nella presente domanda, corrisponde al vero ai sensi dell'art. 46 e 47 del dpr 445/2000 ed esprime il proprio consenso affinché, i dati personali forniti, possano essere trattati nel rispetto del d.lgs. 196/03 per gli adempimenti connessi alla presente procedura.*

Data

Firma