

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

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

Alla AUSL di

Via cap Città

Ai sensi e per gli effetti della L. 25 febbraio 1992 n. 210 e successive modifiche e integrazioni

Il/la sottoscritto/a (cognome)..... (nome),

nato/a aprov., il |__|__|__|,

residente aprov. cap,

Via N.

cod. fisc. |...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...| tel..... fax

in qualità di :

**diretto/a interessato/a
esercente la potestà genitoriale o la tutela di**

(cognome) (nome).....,

nato/a 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 appartenente alla seguente tipologia di beneficiario:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Soggetto sottoposto a vaccinazione obbligatoria per legge o per ordinanza di una autorità sanitaria. |
| <input type="checkbox"/> 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. |
| <input type="checkbox"/> Soggetto a rischio operante nelle strutture sanitarie ospedaliere, che si è sottoposto a vaccinazioni anche non obbligatorie. |
| <input type="checkbox"/> 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. |
| <input type="checkbox"/> Soggetto sottoposto a vaccinazione antipoliomelitica non obbligatoria nel periodo di vigenza della L. 695/59. |
| <input type="checkbox"/> Soggetto contagiato da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati. |
| <input type="checkbox"/> 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. |
| <input type="checkbox"/> Soggetto con danni irreversibili da epatiti post-trasfusionali. |
| <input type="checkbox"/> Coniuge contagiato da uno dei soggetti indicati ai punti precedenti. |
| <input type="checkbox"/> Figlio contagiato durante la gestazione. |
| <input type="checkbox"/> Soggetto con aggravamento delle infermità e delle lesioni. |
| <input type="checkbox"/> 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.
(da barrare solo nel caso in cui il soggetto sia stato danneggiato da vaccinazione)

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

....., li |__| |__| |__| _____
(luogo) (data) (firma estesa leggibile)

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della L.675/75, dichiaro di essere stato informato 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 informativo della Azienda USL;
4. titolare del trattamento dei dati è o un suo delegato al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, così come previsti dall'art. 13 della L. 675/96.

Pertanto acconsento al trattamento dei dati stessi.

_____ (firma estesa leggibile)