

Data di presentazione: |__|__|__| Protocollo n. _____ Pratica n. _____

**DOMANDA ex L.210/92 PER DANNO IRREVERSIBILE CORRELATO A
VACCINAZIONE, TRASFUSIONE O SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI
INFORMATIVA EX ART.13 DLG n.196/2003**

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 a prov., il |__|__|__|,

residente a

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:

<p>soggetto sottoposto a vaccinazione obbligatoria per legge o per ordinanza di una autorità sanitaria.</p> <p>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.</p> <p>soggetto a rischio operante nelle strutture sanitarie ospedaliere, che si è sottoposto a vaccinazioni anche non obbligatorie.</p> <p>soggetto non vaccinato che ha riportato, a seguito ed in conseguenza di contratto con persona vaccinata, lesioni o infermità, dalle quali ne è derivata una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica.</p> <p>soggetto sottoposto a vaccinazione antipoliomelitica non obbligatoria nel periodo di vigenza della L.695/59.</p>
<p>soggetto contagiato da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati.</p> <p>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.</p> <p>soggetto con danni irreversibili da epatiti post-trasfusionali.</p>
<p>coniuge contagiato da uno dei soggetti indicati ai punti precedenti.</p> <p>Figlio contagiato durante la gestazione.</p>
<p>soggetto con aggravamento delle infermità e delle lesioni.</p> <p>soggetto con più di una patologia.</p> <p>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.</p>

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 vaccinazioni)

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)

Ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del DLG 196/2003, l'interessato è 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. responsabile del trattamento dei dati è
al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, così come previsti dall'art.7 del DLG n.196/2003.