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 D.L.G n° 196/2003

Alla AzUSL 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 |__|__|__|
Via …….. n° ……..
Cod. Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|tel. …… fax ……

In qualità di:
☐ diretto/a interessato/a
☐ esercente la potestà genitoriale o la tutela di

(cognome) …… (nome) ……
nato/a …… Prov. ……, il |__|__|__|
residente a …… Prov. …… CAP ……
Via …… n° ……
Cod. Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|tel. …… fax ……

CHIEDE

di ottenere l'indennizzo di cui all'articolo 1 della predetta legge quale appartenente 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 contratto 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

☐ **CHIEDE**

Inoltre, l'importo aggiuntivo "una tantum" ai sensi dell'articolo 2, comma 2 L. 210/92 per aver riportato una menomazione permanente a causo 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 ……

……, li |__|__|__| _____
(luogo) (data) (firma per esteso)

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del DLG 196/2003, l'interessato è informato che:

- Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per poter accedere ai benefici di cui alla presente istanza;
- 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 delle definizione e dalla liquidazione delle competenze accertate;
- Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e automatizzata nel sistema informativo della Azienda USL;
- 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.