

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

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

Alla AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE di VITERBO
U.O.S.D. MEDICINA LEGALE AZIENDALE
VIA ENRICO FERMI, 15 - 01100 VITERBO

Ai sensi e per gli effetti della L. 25 febbraio 1992 n. 210 e successive modifiche e integrazioni
il sottoscritto (cognome) (nome)
nato a prov. il _____ ,
residente a prov. 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:

- | |
|---|
| <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.

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:

Vian.
 CAP Città prov.
 telefono cell. fax

Ai sensi e per gli effetti dell'art 10 della L. 675/96 si informa che:

- 1. Dichiaro di aver preso visione delle informazioni di cui agli art 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. L'interessato potrà accedere ai dati chiedendone la correzione, l'integrazione e ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco.
- 2. 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)

....., lì | ____ | ____ | ____ | _____
 (luogo) (data) (firma estesa leggibile)