

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

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 prov. CAP

Via N.

cod. fisc. |.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|

telefono cell. mail/PEC

in qualità di :

☐ **diretto/a interessato/a**

☐ **esercente la responsabilità genitoriale o la tutela di (allegare la nomina legale) ¹**

(cognome) (nome)

nato/a a prov., il |___|___|___|,

residente a prov. CAP

Via N.

cod. fisc. |.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|

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 contatto 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. |
| ☐ Soggetto con danni irreversibili da epatiti post-trasfusionali. |
| ☐ 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. |

¹ **allegare anche copia di un documento identificativo del/la minore e/o del soggetto per cui si agisce**

☐ Operatore sanitario che, in occasione e durante il servizio, ha riportato danni permanenti all'integrità psicofisica conseguenti ad infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati proveniente da soggetti affetti da infezione da epatiti virali.
☐ 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 (1-8) 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)

Documenti da allegare:

1. Copia di un documento d'identità in corso di validità (su entrambi i lati), vedasi nota a piè di pagina ¹
2. Certificato vaccinale o attestato dell'avvenuta vaccinazione/documentazione afferente alla trasfusione o somministrazione o emoderivati
3. La documentazione clinica relativa al danno psico-fisico lamentato

Altro:

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. e-mail/PEC

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di aver preso visione della specifica Informativa sul trattamento dei dati personali finalizzata alla presentazione della "Domanda per danno irreversibile correlato a vaccinazione, trasfusione o somministrazione di emoderivati ai sensi della legge 210/1992 e ss.mm.ii".

....., li |___|___|___|
(luogo) (data) (firma estesa leggibile)