

Data di presentazione: |\_\_|\_\_|\_\_| Protocollo n° ..... Pratica n° .....

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

Alla ASL della provincia di .....  
Via ..... cap ..... Città .....

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 .....

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

(cognome) ..... (nome).....,  
nato a ..... Prov. ...., il |\_\_|\_\_|\_\_,  
residente a ..... Prov. ....CAP .....

**CHIEDE**

**di ottenere l'indennizzo di cui all'articolo 1 della predetta legge quale appartenete 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. 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.
<input type="checkbox"/> Coniuge contagiato da uno dei soggetti indicati ai punti precedenti. <input type="checkbox"/> 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 30/12/81 n. 834.

**CHIEDE**

inoltre, l'importo aggiuntivo "una tantum" ai sensi dell'articolo2, 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 :

Via ..... n. ....  
CAP. .... Città ..... Prov. ....  
telefono .....cell. .... fax .....

*Ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della L.675/75 si informa 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 informatico della Azienda Sanitaria Locale;*
- 4. *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)

....., li |\_\_|\_\_|\_\_|  
(luogo) (data) \_\_\_\_\_  
(firma estesa leggibile)