

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

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

---

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 ..... prov. ..... cap .....,

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:**

- |  |
|--|
| <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 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HBV – HCV in occasione e durante il servizio, a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HBV - HCV. |
| <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.  
*(da barrare solo nel caso in cui il soggetto sia stato danneggiato da vaccinazione)*

**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 estesa leggibile)

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, dichiaro di essere stato 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. titolare del trattamento dei dati è ..... o un suo delegato al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, così come previsti dall'art. 29 del D.Lgs. 196/2003.

Pertanto acconsento al trattamento dei dati stessi.

\_\_\_\_\_ (firma estesa leggibile)