

Data di presentazione: \_\_\_\_\_ Prot. N. \_\_\_\_\_ Pratica n. \_\_\_\_\_

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

**All'Azienda Sanitaria Locale CN1**

Ai sensi e per gli effetti della **Legge 25 febbraio 1992 n. 210** e successive modifiche e integrazioni, il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via/Piazza/Corso \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di:

**diretto interessato**

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

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via/Piazza/Corso \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**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.

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 al DPR 30/12/1981 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

---

---

---

---

##### B. Documenti sanitari

---

---

---

Dichiara altresì di voler ricevere ogni comunicazione al sottoindicato indirizzo e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso:

Via ..... n. .... c.a.p. ....

Città..... Prov. (.....) Tel. ....

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)

..... lì, .....  
(luogo) (data)

.....  
(firma estesa leggibile)