

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

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

Alla ASST Papa Giovanni XXIII - Piazza OMS, 1 - 24127 Bergamo

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..... cel fax e-mail

tessera sanitaria – codice assistito |__|__|__|__|__|__|

in qualità di :

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

(cognome) (nome).....

nato a prov. il

residente a prov. cap

Via N.

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

tessera sanitaria – codice assistito |__|__|__|__|__|__|

tel..... fax e-mail

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445.

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 antipoliomielitica 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"/> Operatore sanitario che ha contratto l'infezione da HCV in occasione e durante il servizio, a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HCV. Ex sentenza corte costituzionale n. 476 del 20/11/02.
<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 o 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:

Documenti sanitari:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____

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

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

Il/la sottoscritto/a: si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni relative ai cambiamenti anagrafici, direttamente al Servizio di Medicina Legale, via Borgo Palazzo, 130 - Padiglione 13A - 24125 BERGAMO

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/03 e successive modificazioni e integrazioni si informa che:

- 1. il conferimento dei dati personali è indispensabile per poter accedere ai benefici di cui alla presente istanza;
- 2. i dati personali e sensibili, contenuti nella presente istanza e nella documentazione sanitaria ad essa connessa, saranno oggetto di trattamento esclusivamente da parte degli enti e strutture del Servizio Sanitario Nazionale e Militare ai fini della definizione dell'istanza stessa, nonché della liquidazione delle competenze accertate;
- 3. il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e automatizzata nel sistema informatico dell'ASST Papa Giovanni XXIII;
- 4. titolare del trattamento dei dati è l'ASST Papa Giovanni XXIII, il cui Legale Rappresentante è il Direttore Generale, domiciliato, agli effetti della carica, a Bergamo, in Piazza OMS 1. Responsabile, per l'ambito di rispettiva competenza, ai sensi dell'art. 29 del D.Lvo 196/03, è il Responsabile del Servizio di Medicina Legale.

Firma per presa visione _____
(firma estesa leggibile)

....., li
(luogo di residenza) (data) (firma estesa leggibile)