

Domanda indennizzo L. 210/92 (*SPECIFICARE*) Caso generale / Doppia patologia / Aggravamento / una tantum 30%

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

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

All'**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE di MESSINA**
U.O. MEDICINA LEGALE AZIENDALE
Via XIX Fanteria – Ex P. O. “R. Margherita”

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 / email.....,

in qualità di:

diretto interessato

esercente la potestà genitoriale o la tutela di

(*cognome*) (*nome*)

nato 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 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.

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 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.

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:

Vian.

CAP Città prov.

Telefono Cellulare Fax

Ai sensi e per gli effetti dell'art 10 della L. 675/96⁽¹⁾ 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.

⁽¹⁾ questo passaggio dovrà essere aggiornato per le modifiche apportate alla legge sulla privacy con il D.L. 196/2003.

Firma per presa visione _____

(firma estesa leggibile)

....., li | | | _____

(luogo)

(data)

(firma estesa leggibile)