

**DOMANDA PER DANNO IRREVERSIBILE CORRELATO A
VACCINAZIONE, TRASFUSIONE O SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI**

SPAZIO RISERVATO ALL'ASST

Data di presentazione: |__|_|_|

Alla ASST di

Protocollo n.:

Ai sensi e per gli effetti della L. 25 febbraio 1992 n. 210 e successive modifiche e integrazioni

il sottoscritto (cognome)..... (nome),

nato aprov., il |__|_|_|,

residente aprov. cap,

Via N.

cod. fisc. |...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...| tel..... e-mail

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..... e-mail

CHIEDE

di ottenere l'indennizzo di cui all'articolo 1 della predetta legge per la seguente tipologia di persona avente diritto:

- ☐ 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, oppure soggetto sottoposto ad una delle seguenti vaccinazioni: antipoliomielitica (nel periodo di vigenza della legge 30 lug 1959, n. 695); antiepatite B (a partire dall'anno 1983); contro il morbillo, la parotite e la rosolia; antinfluenzale; contro il contagio dal virus dell'Epatite A.
- ☐ 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 contagiato da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati.
- ☐ Operatore sanitario che ha contratto l'infezione in occasione e durante il servizio, a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV/HBV/HCV.
- ☐ 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 prot. 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 tab. A - 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:

1. Dichiarazione sostitutiva di certificazioni:

Nascita ☐ Residenza ☐ Cittadinanza ☐ Stato civile ☐ Stato di famiglia ☐

Decesso di familiari ☐ Qualità di tutore ☐

2. Fotocopia del codice fiscale

3. Fotocopia del documento di identità

4. Elenco documenti allegati

Il sottoscritto invierà ogni altro documento richiesto da codesta ASST.

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

Via n.

CAP. Città Prov.

telefono e-mail

.....
 (luogo) (data)

.....
 (firma leggibile e per esteso)