

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

Data di presentazione: |___|___|___| Protocollo n°

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

Alla AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE (ASST) di PAVIA

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

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 cell. fax

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 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 ASST di Pavia; 4. Titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale dell'ASST di Pavia o un suo delegato al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti.

Firma per presa visione
(firma estesa leggibile).....

(luogo)....., lì (data)|___|___|___|

(firma estesa leggibile).....