

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

SPAZIO RISERVATO ALL'ASST Data di presentazione: __ _ _ _ Protocollo n.:

Alla ASST di

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:

<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, 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. <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 contagiato da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Soggetto con danni irreversibili da epatiti post-trasfusionali.

<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 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:

- Dichiarazione sostitutiva di certificazioni:
 Nascita Residenza Cittadinanza Stato civile Stato di famiglia
 Decesso di familiari Qualità di tutore
- Fotocopia del codice fiscale
- Fotocopia del documento di identità
- 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)