

Data di presentazione: |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| Protocollo n° ..... Pratica n° .....

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

Alla Azienda Unità Sanitaria Locale di Viterbo  
Medicina Legale Aziendale  
Via E. Fermi 15  
01100 Viterbo

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:

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

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

Firma per presa visione \_\_\_\_\_  
 (firma estesa leggibile)

....., li |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| \_\_\_\_\_  
 (luogo) (data) (firma estesa leggibile)