

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

Alla AZIENDA SANITARIA LOCALE di TERAMO

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:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Soggetto sottoposto a vaccinazione obbligatoria per legge o per ordinanza di una autorità sanitaria.<input type="radio"/> 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.<input type="radio"/> Soggetto a rischio operante nelle strutture sanitarie ospedaliere, che si è sottoposto a vaccinazioni anche non obbligatorie.<input type="radio"/> 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="radio"/> Soggetto sottoposto a vaccinazione antipoliomelitica non obbligatoria nel periodo di vigenza della L 695/59. |
| <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Soggetto contagiato da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati.<input type="radio"/> 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.<input type="radio"/> Soggetto con danni irreversibili da epatiti post-trasfusionali. |
| <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Coniuge contagiato da uno dei soggetti indicati ai punti precedenti.<input type="radio"/> Figlio contagiato durante la gestazione. |
| <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Soggetto con aggravamento delle infermità e delle lesioni.<input type="radio"/> 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 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 _____

....., li | | | |
(luogo) (data) _____ (firma estesa leggibile)