

Data di presentazione: |__|__|__| Protocollo n° Pratica n°

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

Alla ASST di Mantova Strada Lago Paiolo, n.10 - Mantova 46100

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.....

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.....

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. _____

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

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

Ai sensi e per gli effetti del D.lgs. 196/03 e successive modificazioni e integrazioni si informa che:

- 1. *il conferimento dei dati personali è indispensabile per poter accedere ai benefici di cui alla presente istanza;*
- 2. *i dati personali e sensibili, contenuti nella presente istanza e nella documentazione sanitaria ad essa connessa, saranno oggetto di trattamento esclusivamente da parte degli enti e strutture del Servizio Sanitario Nazionale e Militare ai fini della definizione dell'istanza stessa, nonché della liquidazione delle competenze accertate;*
- 3. *il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e automatizzata nel sistema informatico della ASST di Mantova;*
- 4. *titolare del trattamento dei dati è la ASST di Mantova, il cui legale rappresentante è il Direttore Generale, domiciliato, agli effetti della carica, a Mantova Strada Lago Paiolo, 10. Responsabile, per l'ambito di rispettiva competenza, ai sensi dell'art. 29 del D.Lgs. 196/03, è il Responsabile del Servizio di Medicina Legale*

Firma per presa visione _____
(firma estesa leggibile)

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