

Data di presentazione	Protocollo n.	Pratica n.
-----------------------	---------------	------------

**Alla Regione Calabria
tramite Unità Operativa di Medicina Legale
Via Ettore Vitale n. 248
88100 Catanzaro**

Ai sensi e per gli effetti della legge 25 febbraio 1992, n. 210 e successive modificazioni e integrazioni,

il sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____

nato a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____ cap. _____

via _____ n. _____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

tel _____ cell _____ 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. _____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

tel _____ cell _____ fax _____

CHIEDE

di ottenere l'indennizzo di cui all'articolo 1 della citata legge, quale appartenente 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 antipoliomielitica non obbligatoria nel periodo di vigenza della legge 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 (a tal fine dichiara di avere avuto conoscenza dell'aggravamento in data _____).
- 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 dicembre 1981, n. 834.

CHIEDE

inoltre, l'importo aggiuntivo "una tantum" ai sensi dell'articolo 2, comma 2, della legge 210/92 per aver riportato una menomazione permanente a causa di vaccinazioni obbligatorie.

Alla presente domanda allega i seguenti documenti:

- 1) scheda informativa dei dati relativi alla trasfusione o alla somministrazione di emoderivati (in caso di politrasfusi) + 2 copie conformi;
- 2) copia conforme di cartella clinica + 2 copie conformi, relativa al/ai ricovero/i in occasione dei quali è avvenuta la somministrazione di sangue/emoderivati (in caso di trasfusioni occasionali);
- 3) certificato vaccinale in originale o copia conforme + 2 copie conformi;
- 4) n. _____ referti + 2 copie conformi, relativi ad accertamenti di laboratorio;
- 5) n. _____ referti + 2 copie conformi, relativi ad accertamenti strumentali;

- 1) dati relativi al vaccino¹:
Tipo _____ Nome commerciale _____
Ditta produttrice _____ n. di lotto _____
n. del controllo di Stato _____;
- 2) certificato medico + 2 copie conformi, attestante la data di inizio dei primi sintomi, la sintomatologia soggettiva, la sintomatologia oggettiva, gli esiti invalidanti;

- 1) certificato di stato di famiglia o autocertificazione² + 2 copie conformi;
- 2) certificato di nascita o autocertificazione + 2 copie conformi;
- 3) certificato di residenza o autocertificazione + 2 copie conformi;
- 4) certificato di morte³ + 2 copie conformi;
- 5) _____

Il sottoscritto dichiara altresì di voler ricevere ogni comunicazione al seguente indirizzo:

via _____ n. _____

c.a.p. _____ città _____ prov. _____

e si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione di esso.

INFORMATIVA (art. 13 D.Lgs 30.6.2003 n. 196)

Ai sensi del “Codice in materia di protezione dei dati personali”, l’Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro informa che i dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: istruzione pratica legge 210/92 e gestione data-base. Il trattamento sarà effettuato con modalità manuale e informatizzata. Il conferimento dei dati è obbligatorio, diversamente non potendosi evadere la pratica. I dati personali e sensibili contenuti nella presente istanza saranno oggetto di trattamento esclusivamente da parte degli enti e strutture del SSN ai fini della definizione e della liquidazione delle competenze accertate. I dati potranno essere elaborati a fini statistici ed in forma anonima, al fine di migliorare il servizio. Ai sensi dell’art.24 del D.Lgs 196/03, qualora sia necessario il trattamento dei dati per adempiere ad un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria, oppure per salvaguardare la vita o l’incolumità fisica di un terzo, il trattamento sarà eseguito prescindendo dal consenso. La S.V. ha diritto di accesso ai dati personali e ha altri diritti, previsti dall’art. 7 del D.Lgs 196/2003. Il titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale dell’ASP di Catanzaro o un suo delegato, al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti.

Firma per presa visione _____
(Firma estesa leggibile)

(luogo) (data)

(Firma estesa leggibile)

- **Segnare** con una **X** il riquadro corrispondente alla voce che interessa.

¹ Qualora non deducibili dal certificato vaccinale.

² Se il danneggiato è minore o deceduto.

³ Se il danneggiato è deceduto.