

1.

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

DOMANDA ex L. 210/92 PER DANNO IRREVERSIBILE CORRELATO A  
TRASFUSIONE O SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI O CONTAGIO PROFESSIONALE

Alla Az. USL.....  
via.....cap..... Città.....

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 appartenente alla seguente tipologia di beneficiario:

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soggetto contagiato da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati.<br><input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> Coniuge contagiato da uno dei soggetti indicati ai punti precedenti.<br><input type="checkbox"/> Figlio contagiato durante la gestazione.                                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Soggetto con aggravamento delle infermità e delle lesioni.<br><input type="checkbox"/> 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.                                   |

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 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 dell'art. 10 della L. 675/75 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 .....

(firma estesa leggibile)

..... lì | | | |  
(luogo) (data)

.....  
(firma estesa leggibile)