

2.

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

DOMANDA ex L. 210/92 PER DANNO IRREVERSIBILE CORRELATO  
A VACCINAZIONE

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** **esercitante 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:

- 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 L. 695/59

CHIEDE

inoltre, l'importo aggiuntivo «una tantum» ai sensi dell'articolo 2, legge 238 del 25 luglio 1997 pari al 30 per cento dell'indennizzo dovuto, per ciascun anno, per il periodo compreso fra il manifestarsi dell'evento dannoso e l'ottenimento dell'indennizzo di cui all'art. 1 della legge 210/92.

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. 675/75 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)