

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

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

Alla ASL AVELLINO

Distretto Sanitario di.....

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. ....

Codice fiscale |...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|

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. ....

Codice Fiscale |...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|

tel..... fax .....

**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.
- ☐ Soggetto con danni irreversibili da epatiti post-trasfusionali.

- ☐ Operatore sanitario che ha contratto l'infezione da HIV o da virus dell'epatite in occasione e durante il servizio, a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV o da virus dell'epatite.
- ☐ 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 sottoindicato indirizzo e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso :

Via ..... n. ....  
 città .....prov. .... cap .....  
 telefono .....cell. .... fax .....

**N.B. La domanda di indennizzo va presentata alla ASL competente entro il termine perentorio di tre anni nel caso di vaccinazioni o di epatiti post-trasfusionali o di dieci anni nei casi di infezioni da HIV. I termini decorrono dal momento in cui, sulla base della documentazione di cui all'art.3 della L.210/92 , l'avente diritto risulti aver avuto conoscenza del danno.**

*Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del DLgs 196/2003 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. 7 del DLgs 196/2003.

Firma per presa visione \_\_\_\_\_  
 (firma estesa leggibile)

....., li .....