

**DOMANDA INDENNIZZO L. 210/92 – VERSIONE LUGLIO 2001
CASO GENERALE / DOPPIA PATOLOGIA AGGRAVAMENTO / UNA TANTUM 30%**

Alla ASL della provincia di Como
Via Pessina, 6
22100 COMO

Data di presentazione _____ Protocollo n° _____
(gg/MM/aaaa)

Pratica n. _____
(a cura ASL)

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 gg/MM/aaaa, _____

Via _____ N _____

cod. fisc _____ telax _____

in qualità di:

diretto interessato

esercente la potestà genitoriale o la tutela di

(cognome) _____ (nome) _____

nato a _____ prov _____ il gg/MM/aaaa, _____

Via _____ N _____

cod. fisc _____ 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.
- 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 (gg/MM/aaaa) _____ 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. _____

**SCHEDA INFORMATIVA DEI DATI RELATIVI
ALLA TRASFUSIONE O ALLA SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI - L. 210/92**

Cognome e Nome.....

Luogo e data di nascita.....

Domicilio.....Tel.

A) condizione patologica che ha richiesto la trasfusione o la somministrazione di emoderivati:

1) politrasfuso per emopatia cronica

2) trasfuso per evento acuto

Informazioni relative al prodotto/ti somministrato/ti per i soggetti di cui al punto 1)

Tipo/Tipi e periodo/i di somministrazione:

1)dal.....al.....

2)dal.....al.....

3)dal.....al.....

4)dal.....al.....

5)dal.....al.....

Annotazioni:

.....
.....
.....

Informazioni relative al prodotto somministrato per i soggetti di cui al punto 2)

Tipo:

N° unità:

Data di somministrazione: gg/MM/aaaa.....

Luogo di somministrazione:

Annotazioni:

.....
.....

Informazioni relative all'infezione da HIV:

Data rilevamento sierologico: gg/MM/aaaa

Data diagnosi di malattia: gg/MM/aaaa

Data grave immunodepressione (CD4<200m1): gg/MM/aaaa

Informazioni relative all'infezione da virus epatici:

Data rilevamento sierologico HBSAg: gg/MM/aaaa

Data anti HCV: gg/MM/aaaa

Data diagnosi di epatopatia irreversibile: gg/MM/aaaa

Data dell'avvenuto decesso: gg/MM/aaaa

B) Infezione contratta da operatori sanitari durante il servizio

Data evento che ha determinato l'infezione: gg/MM/aaaa

Informazioni relative all'infezione da HIV:

.....
.....

Informazioni relative all'infezione da virus epatici:

.....
.....

Data del decesso: gg/MM/aaaa

.....
(Firma leggibile e timbro)