

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. _____

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 _____

Informativa

ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs n. 196 del 30.6.2003 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 D.Lgs 196/2003.*

Firma per presa visione

(Firma estesa leggibile)

(luogo) li _____
(data)

(Firma estesa leggibile)

**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)