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

AZIENDA SANITARIA LOCALE
U.O. C. MEDICINA LEGALE, NECROSCOPICA E RISK MANAGEMENT
Via C. Battisti, n.7
64100 TERAMO

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. ……..…… email …..…….……..

, 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. ……..……. email …..…….……..

**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 |___|___|___| 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. _____
6. _____

**C. CONSENSO**

D. Ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del Regolamento UE 216/679 si informa che:

E. 1. il conferimento dei dati personali è obbligatorio per poter accedere ai benefici di cui alla presente istanza;

F. 2. i dati personali e sensibili contenuti nella presente istanza saranno oggetto di trattamento esclusivamente da parte degli enti autorizzati sia ai fini della definizione che della liquidazione delle competenze accertate;

G. 3. il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e automatizzata nel sistema informatico della Azienda Sanitaria Locale;

**H.** 4. titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Sanitaria Locale di Teramo

Dichiara altresì di voler ricevere ogni comunicazione al sottoindicato indirizzo e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso:

Via ……..……..…….n. …….

CAP ……. Città ……..…..……..…… prov. ……

Telefono ……..…..... Cellulare ……..……..…….. email ……..……

……, lì |___|___|___| _____

(*luogo*) (*data*) (*firma estesa leggibile*)

**CONSENSO (art. 7)**

Premesso che il presente modello integra l'informativa, di cui si dichiara di avere preso visione, il sottoscritto_____nato_____il_ ____/_____/____, residente a_____ in via _____ C.F. _____, in qualità di diretto interessato o esercente la responsabilità genitoriale / la tutela / la curatela/ l'amministrazione di sostegno sul soggetto beneficiario servizio richiesto,

_____

(Nome e Cognome)

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679, consapevole che il trattamento riguarderà dati personali e particolari categorie di dati personali (rispettivamente artt. 4.1 e 9 del Reg. UE 2016/679) che riguardano "l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, dati genetici, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona",

**AUTORIZZA**

- Il trattamento di tali dati personali per fini di ricontatto paziente per eventuali comunicazioni a mezzo SMS – telefono al numero: _____

  ☐ SI ☐ NO ☐ REVOCA (se precedentemente prestato)

- Il trattamento di tali dati personali per fini di ricontatto, comunicazioni al paziente a mezzo email non cifrata all'indirizzo: _____@_____

  ☐ SI ☐ NO ☐ REVOCA (se precedentemente prestato)

- Che sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute alle sotto indicate persone:

  ☐ a nessuno

  ☐al proprio medico curante _____

  ☐a _____

  ☐ SI ☐ NO ☐ REVOCA (se precedentemente prestato)

**Firma dell'Interessato** *(anche per presa visione dell'informativa estesa)*_____

Data_____ Documento di riconoscimento tipo _____

n. _____ rilasciato da _____ Data _____/_____/_____