

per il tramite

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

Il/la sottoscritt nat ... a
il / / e residente cap
in via telefono n°

Nella sua qualità di: ☐ *erede* ☐ *tutore legale* ☐ *esercitante la patria potestà*

di nat ... il / /
a residente a
via/piazza n. cap

☐ *diretto interessato*

Codice fiscale

CHIEDE

ai sensi e per gli effetti della Legge 25 febbraio 1992 n. 210, e successive modificazioni ed integrazioni, di ottenere l'indennizzo di cui all'articolo 1 della predetta Legge ritenendo di aver subito un danno permanente irreversibile perché:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 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 legge 695/59; ○ Soggetto contagiato da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati. |
| <ul style="list-style-type: none"> ○ Operatore sanitario che ha contratto l'infezione da HIV in occasione e durante il servizio, a seguito di contatto con sangue e i 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. |
| <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica ascrivibile alla categoria della tabella A allegata al DPR 30/12/1981 n. 834. |

Allega alla presente:

- 1) carta identità e tessera sanitaria (Codice fiscale)
- 2) documentazione sanitaria probatoria;
- 3) scheda informativa dei dati relativi alla trasfusione o alla somministrazione di emoderivati;
- 4) Altro:
-
-
-

... I ... sottoscritt ... dichiara altresì di voler ricevere ogni comunicazione al seguente indirizzo:

Via n. cap

città prov.

e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso.

....., / /

.....
FIRMA (1)

AVVERTENZE.

1) La dichiarazione di chi non sa o non può firmare deve essere sottoscritta in presenza del dichiarante da due testimoni idonei ai sensi dell'art. 5 della legge 11 maggio 1971, n. 390, ovvero da funzionario incaricato a ricevere la domanda.

Dichiarante impossibilitato a firmare (causa dell'impedimento):

1° Testimone nat ... a
 il / / residente in via / piazza
 n. c.a.p. documento n.
 rilasciato il / / da

.....
 FIRMA

2° Testimone nat ... a
 il / / residente in via / piazza
 n. c.a.p. documento n.
 rilasciato il / / da

.....
 FIRMA

Data, / /

=====

Spazio riservato alla Azienda Sanitaria Provinciale

Il sottoscritto Funzionario incaricato dell'Ufficio L. 210 dell'ASP di Crotone attesto che la premessa dichiarazione è stata a me resa in sua presenza dal sig.

Identificato tramite n.

....., / /

.....
 TIMBRO E FIRMA DEL PUBBLICO UFFICIALE
 DELLA ASP DI CROTONE

DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

DOCUMENTAZIONE SANITARIA :

- 6)
- 7)
- 8)
- 9)
- 10)

=====

**SCIHEDA INFORMATIVA DEI DATI RELATIVI ALLA TRASFUSIONE
O ALLA SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI**

di nat il / /
 a residente a
 via/piazza n. cap
 Cell. Mail/Pec

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

- ☐ 1) politrasfuso/a per emopatia cronica
☐ 2) trasfuso/a per effetto acuto

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

Tipo prodotto	Periodo di somministrazione	
	Dal	al

Annotazioni:

.....

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

Tipo prodotto	N. Unità	Data somministrazione	Luogo di somministrazione

Annotazioni:

.....

Informazioni relative all'infezione HIV:

Data rilevamento sierologico: / /; Data diagnosi malattia: / /

Data grave immunodepressione (CD4 - 200 ml) / /

Informazioni relative all'infezione da virus epatici:

Data rilevamento sierologico HBSAg: / /; Data anti HCV: / /

Data diagnosi di epatopatia irreversibile: / /

Data dell'avvenuto decesso: / /

B) Infezione contratta da operatori sanitari durante il servizio.

Data evento che ha determinato l'infezione: / /

Informazioni relative all'infezione da HIV:

.....

.....

Informazioni relative all'infezione da virus epatici:

.....

.....

Data decesso / /

.....
(firma e timbro del medico)