

**S.C. MEDICINA LEGALE**

P.za Silvio Pellico,1 - 10023 Chieri TO

Tel: 011 – 94293662-3677

e-mail: ml.151@aslto5.piemonte.it

*pec:* *protocollo@cert.aslto5.piemonte.it*

direttore dott. Antonio Milanesio

 ***Azienda Sanitaria Locale***

***di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino***

 ***Sede Legale – Piazza Silvio Pellico, 1 – 10023 Chieri (To) – tel. 011 94291 – C.F. e P.I. 06827170017***

Spett. A.S.L. TO5

Struttura Complessa Medicina Legale

Domanda indennizzo L. 210/92 — versione luglio 2001

Caso generale / Doppia patologia / Aggravamento / una tantum 30%

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

DOMANDA ex L. 210 / 92 PER DANNO IRREVERSIBILE CORRELATO A VACCINAZIONE, TRASFUSIONE 0 SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI

Alla ASL della provincia di

Via ........................................................ cap ............... Città ......

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

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 Iegge o per ordinanza di una autorità sanitaria. Soggetto sottoposto a vaccinazioni, anche non obbligatorie, necessarie per motivi di Iavoro 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.  |
|  U Coniuge contagiato da uno dei soggetti indicati ai punti precedenti. O 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. |

Domanda indennizzo L. 210/92

# CHIEDE

inoltre, l'importo aggiuntivo “una tantum" ai sensi dell’articolo2, comma 2, L. 210/92 per aver riportato una menomazione permanente a causa di vaccinazioni obbligatorie.

**Alla** domanda **sono allegati** i **seguenti documenti:**

1. Documenti amministrativi

1.

2.

3.

4.

5.

1. Documenti sanitari

1.

2.

3. 

4.

5.

6.

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

Dichiaro di aver letto e compreso l’informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi dell’art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, consultabile nella sezione Privacy del sito web istituzionale e affissa nei locali aziendali.

(luogo)

(data)

(firma estesa leggibile)