 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna	MODULO	MRPA119_01 Rev. 00 DEL 03/11/2017 Pag. 1/3
	Domanda ex L. 210/92 per danno irreversibile correlato a vaccinazione, trasfusione o somministrazione di emo-derivati (Caso generale/Doppia Patologia/Aggravamento/una tantum 30%)	
DIREZIONE AMMINISTRATIVA		

Data di presentazione: [][]/[][]/[][] Protocollo n° Pratica n°

Alla AUSL di

Via cap Città

Ai sensi e per gli effetti della L. 25 febbraio 1992 n. 210 e successive modifiche e integrazioni

Il/la sottoscritto/a (cognome)..... (nome)

nato/a aprov., il [][]/[][]/[][],

residente aprov. cap

Via N.

cod. fisc. [..] tel..... fax

in qualità di :

**diretto/a interessato/a
esercente la potestà genitoriale o la tutela di**

(cognome) (nome).....

nato/a a Prov., il [][]/[][]/[][],

residente a Prov.CAP

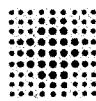
Via N.

cod. fisc. [..] tel..... fax

CHIEDE

1. DI OTTENERE L'INDENNIZZO DI CUI ALL'ARTICOLO 1 DELLA PREDETTA LEGGE QUALE APPARTENENTE ALLA SEGUENTE TIPOLOGIA DI BENEFICIARIO:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Soggetto sottoposto a vaccinazione obbligatoria per legge o per ordinanza di una autorità sanitaria. |
| <input type="checkbox"/> 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. |
| <input type="checkbox"/> Soggetto a rischio operante nelle strutture sanitarie ospedaliere, che si è sottoposto a vaccinazioni anche non obbligatorie. |
| <input type="checkbox"/> 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. |
| <input type="checkbox"/> Soggetto sottoposto a vaccinazione antipoliomelitica non obbligatoria nel periodo di vigenza della L. 695/59. |
| <input type="checkbox"/> Soggetto contagiato da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati. |

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna	MODULO Domanda ex L. 210/92 per danno irreversibile correlato a vaccinazione, trasfusione o somministrazione di emo-derivati (Caso generale/Doppia Patologia/Aggravamento/una tantum 30%)	MRPA119_01 Rev. 00 DEL 03/11/2017 Pag. 2/3
DIREZIONE AMMINISTRATIVA		

- 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.
(da barrare solo nel caso in cui il soggetto sia stato danneggiato da vaccinazione)


Alla domanda sono allegati i seguenti documenti:

A. Documenti amministrativi

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

B. Documenti sanitari

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p>	<p>MODULO</p> <p>Domanda ex L. 210/92 per danno irreversibile correlato a vaccinazione, trasfusione o somministrazione di emo-derivati (Caso generale/Doppia Patologia/Aggravamento/una tantum 30%)</p>	<p>MRPA119_01 Rev. 00 DEL 03/11/2017 Pag. 3/3</p>
<p>DIREZIONE AMMINISTRATIVA</p>		

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

....., li | | |
 (luogo) (data)

 (firma estesa leggibile)

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della L.675/75, dichiaro di essere stato informato 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 informativo della Azienda USL;
 4. titolare del trattamento dei dati è o un suo delegato al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, così come previsti dall'art. 13 della L. 675/96.
- Pertanto acconsento al trattamento dei dati stessi.

 (firma estesa leggibile)