

DOMANDA DI INDENNIZZO DI SOGGETTI DANNEGGIATI  
IRREVERSIBILMENTE DA CONTATTO CON PERSONA VACCINATA  
Ex Legge 210/92

Raccomandata A.R

All'Azienda Sanitaria di

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25 febbraio 1992 n. 210, come modificata con Legge 25 luglio 1997 n. 238, il/la sottoscritto/a .....

in qualità di:

- Esercente la patria potestà/tutore di.....
- Diretto interessato
- Erede di

CHIEDE

di ottenere l'indennizzo di cui all'art. 1 della predetta legge

**ritenendo di aver subito un danno permanente irreversibile perché:**

- soggetto che a causa di vaccinazioni obbligatorie effettuate per legge o per ordinanza di una autorità sanitaria italiana, abbia riportato lesioni od infermità dalle quali sia derivata una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica;
- soggetto non vaccinato che in conseguenza di contatto con persona vaccinata abbia riportato una menomazione permanente;
- soggetto che per motivi di lavoro o di incarico del proprio ufficio, o per poter accedere ad uno stato estero, si è sottoposto a vaccinazioni che, pur non essendo obbligatorie, risultassero necessarie, in seguito alle quali sia derivata una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica.

CHIEDE INOLTRE

il riconoscimento dell'assegno una tantum nella misura pari, per ciascun anno, al 30% dell'indennizzo dovuto ai sensi dell'art.1 della legge 210/92. A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000, n.445 e consapevole delle conseguenze penali previste dall'art.76 del citato DPR in caso di dichiarazioni false e mendaci il/la sottoscritto/a

DICHIARA

~ cti"essere nato/a a .....

- di essere residente in .....

via

- che il soggetto vaccinato

risiede in via,

- di aver avuto conoscenza piena e qualificata degli effetti

dannosi correlabili agli eventi vaccinali in data .....

.tei ..... .....

..... è nato/a a

e che  
..... in occasione

del.<sup>24</sup> .....  
.....  
.....

come da documentazione allegata;

- che parte della documentazione prodotta in copia è conforme all'originale;
- di voler ricevere ogni comunicazione inerente la pratica al seguente indirizzo:
  
- impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dello stesso.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n'445 e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi come disposto dall'art. 76 del citato decreto

DICHIARA INOLTRE che tutti i documenti presentati in copia fotostatica in allegato sono conformi agli originali in suo possesso

ALLEGA

- scheda informativa dei dati relativi al vaccino ed agli eventi avversi verificatisi;
- certificato vaccinale in originale o in copia conforme;
- certificato di stato di famiglia<sup>25</sup>
- certificato di morte<sup>26</sup>
- copia dell'ordinanza della competente autorità sanitaria<sup>27</sup>
- copia conforme della cartella clinica relativa al primo ricovero;
- .....
- .....

(Firma).

Ai sensi e per gli effetti del Codice in materia di protezione dei dati personali approvato con Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, dichiaro di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo mi competono tutti i diritti previsti dalla stessa norma.

Riportare gli estremi del ricovero, della visita specialistica ecc. Se il danneggiato è minore o deceduto  
Se il danneggiato è deceduto  
Se la vaccinazione è stata praticata per ordine dell'autorità sanitaria