

**DOMANDA PER DANNO IRREVERSIBILE CORRELATO A VACCINAZIONE,
TRASFUSIONE O SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI**

ALLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

tramite l'Azienda sanitaria Friuli Occidentale
S.S. Medicina Legale - Ufficio Invalidi Civili

Via della Vecchia Ceramica n.1

33170 Pordenone

Ai sensi e per gli effetti della legge 25 febbraio 1992 , n. 210, il sottoscritto, (*cognome e nome*)

_____ ,
nato a _____ il _____ , in qualità di:

- diretto interessato
- esercente la potestà genitoriale di _____ ,
- erede/i di _____

chiede

di ottenere l'indennizzo di cui all'articolo 1 della predetta legge ritenendo di aver subito un danno irreversibile in quanto:

- contagiato da infezione da HIV/HBV/HCV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati;
- operatore sanitario che, in occasione di e durante il servizio, ha riportato danno permanente alla integrità psico-fisica conseguente a infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati, perché proveniente da soggetti affetti da infezione HIV/HBV/HCV;
- danneggiato irreversibilmente da epatite *post* trasfusionale;
- 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.

Allo scopo, consapevole delle responsabilità penali di cui all'articolo 76 del D.P.R. n. 445 del 2000 per il caso di false od omesse dichiarazioni,

dichiara

- di essere nato a _____, il _____ e di essere residente a _____ in Via _____, n _____;
- che il proprio figlio è nato a _____ il _____.
- che il danneggiato è deceduto a _____ il _____.

Allega inoltre:

- scheda informativa dei dati relativi alla trasfusione o alla somministrazione di emoderivati (in caso di politrasfusi);
 - cartella clinica completa ed in copia conforme relativa al/ai ricovero/i in occasione dei quali è avvenuta la somministrazione di sangue/emoderivati (in caso di trasfusioni occasionali);
 - dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia del danneggiato minore o deceduto;
 - copia di un documento di identità in corso di validità del dichiarante;
 - altra documentazione ritenuta rilevante per il riconoscimento dell'indennizzo: _____
- _____.

Il sottoscritto dichiara altresì di voler ricevere ogni comunicazione al seguente indirizzo:

Via _____, n. _____,
c.a.p. _____ città _____ prov. _____
telefono _____/ _____

e si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso.

Luogo e data _____

Firma _____