

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

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

**Alla ASL n° 4 Via Piscinas 5
08045 LANUSEI**

Ai sensi e per gli effetti della L. 25 febbraio 1992 n. 210 e successive modifiche e integrazioni
il sottoscritto (cognome)..... (nome),
nato aprov., il |__|__|__,
residente aprov. 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:**

<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.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> Soggetto con danni irreversibili da epatiti post-trasfusionali.
<input type="checkbox"/> Coniuge contagiato da uno dei soggetti indicati ai punti precedenti.
<input type="checkbox"/> Figlio contagiato durante la gestazione.
<input type="checkbox"/> Soggetto con aggravamento delle infermità e delle lesioni.
<input type="checkbox"/> 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'articolo2, comma 2, L. 210/92 per aver riportato una menomazione permanente a causa di vaccinazioni obbligatorie.

Alla domanda sono allegati i seguenti documenti:

A. Documenti amministrativi

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

B. 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. CittàProv.
telefonocell. fax

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della L.675/75 si informa 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 informatico della Azienda Sanitaria Locale;*
- 4. *titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale o un suo delegato al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, così come previsti dall'art. 13 della l. 675/96.*

Firma per presa visione _____
(firma estesa leggibile)

....., li |__|_|_|_|
(luogo) (data) _____
(firma estesa leggibile)

Vedere di seguito la casistica per la documentazione da allegare

A. Danni da vaccino

Documenti amministrativi

- Dichiarazioni sostitutive di certificazioni

Documenti sanitari

- Certificato vaccinale della Azienda Sanitaria Locale o del Comune.
- Scheda informativa dei dati relativi alla vaccinazione.
- Copia conforme dell'ordinanza dell'autorità sanitaria che dichiara l'obbligo vaccinale (es. accesso a stato estero).
- Idonea documentazione rilasciata dal datore di lavoro nel caso che la vaccinazione sia stata eseguita per motivi di lavoro o per incarico d'ufficio.
- Copia conforme della Cartella clinica completa del **primo ricovero relativo al danno subito**.

B. Danno da contatto con persona vaccinata

Documenti amministrativi

- Dichiarazioni sostitutive di certificazioni

Documenti sanitari

a. Documenti riguardanti la persona vaccinata

- Certificato vaccinale della Azienda Sanitaria Locale o del Comune.
- Copia conforme dell'ordinanza dell'autorità sanitaria che dichiara l'obbligo vaccinale (es. accesso a stato estero).
- Idonea documentazione rilasciata dal datore di lavoro nel caso che la vaccinazione sia stata eseguita per motivi di lavoro o per incarico d'ufficio.
- Scheda informativa dei dati relativi alla vaccinazione.
- Copia conforme della Cartella clinica completa relativa al **primo ricovero attestante il danno subito**.

b. Documenti riguardanti la persona danneggiata

- Copia conforme della Cartella clinica completa relativa al **primo ricovero attestante il danno subito**.

C. Danni da politrasfusioni

Documenti amministrativi

- Dichiarazioni sostitutive di certificazioni

Documenti sanitari

- Scheda informativa dei dati relativi alla trasfusione o alla somministrazione di emoderivati conforme a quella riportata nella G.U. 22 giugno 1992, n.145, serie generale.
Deve essere debitamente compilata e riportante firma e timbro del medico responsabile del Centro trasfusionale della struttura sanitaria pubblica o privata accreditata presso la quale è stato trasfuso.
- Documentazione sanitaria in originale indicante la data (giorno, mese, anno) del primo accertamento di positività e contenente la diagnosi di infezioni da HIV o di epatite virale post-trasfusionale, e nel caso di HBV, anche markers recenti che consentano di evidenziare una eventuale sieroconversione con normalizzazione del quadro sierologico. Nel caso di cartella clinica essa deve essere in copia conforme e completa.
- Referti analitici o copie conformi di cartelle cliniche relative a ricoveri intercorsi tra l'evento trasfusionale e l'accertamento del danno, qualora tra l'evento trasfusionale e l'accertamento del danno intercorra un lungo periodo di tempo.

D. Danni da trasfusioni occasionali**Documenti amministrativi**

- Dichiarazioni sostitutive di certificazioni

Documenti sanitari

- Copia conforme della Cartella clinica completa e riportante la **prova evidente e certa** delle avvenute trasfusioni con le opportune scritte (emostrafusioni, plasma, globuli rossi, ect.) nel diario clinico o nella scheda anestesiologicala o con i bollini adesivi delle sacche utilizzate. **Non può essere considerata prova valida e certa:**
 - la sola presenza di richiesta di sangue o emoderivati senza la prova evidente dell'avvenuta trasfusione;
 - la dichiarazione postuma di avvenuta trasfusione, anche se rilasciata da medico trasfusionista.
- Documentazione sanitaria indicante la data (giorno, mese, anno) del primo accertamento di positività e contenente la diagnosi di infezioni da HIV o di epatite virale post-trasfusionale, nel caso di HBV, anche markers recenti che consentano di evidenziare una eventuale sieroconversione con normalizzazione del quadro sierologico. Nel caso di cartella clinica essa deve essere in copia conforme e completa.
- Referti analitici in originale o copie conformi di cartelle cliniche relative a ricoveri intercorsi tra l'evento trasfusionale e l'accertamento del danno, qualora tra l'evento trasfusionale e l'accertamento del danno intercorra un lungo periodo di tempo.

E. Operatore sanitario che ha contratto infezione da HIV per contagio con sangue di soggetto HIV positivo in occasione e durante il servizio.**Documenti amministrativi**

- Dichiarazioni sostitutive di certificazioni

Documenti sanitari

- Denuncia di infortunio subito sul lavoro (originale o copia conforme) ai sensi del D.M. 28 settembre 1990, articolo 9, comma 3, che documenti l'avvenuto contatto con sangue proveniente da soggetto HIV positivo.

- Dichiarazione della Direzione Sanitaria della struttura dove si è verificato l'evento attestante che l'interessato era in servizio effettivo durante lo svolgersi dei fatti.
- Copia conforme della Cartella clinica relativa all'evento di ricovero durante il quale è stata accertata la prima positività per HIV, ovvero copia conforme della documentazione sanitaria comprovante la data (giorno, mese, anno) della prima diagnosi d'infezione da HIV qualora l'accertamento non sia avvenuto in regime di ricovero.

F. Operatore sanitario che in occasione o durante il servizio abbia riportato danni permanenti all'integrità psico-fisica conseguenti ad infezione contratta a seguito di contatto con sangue o suoi derivati provenienti da soggetti affetti da epatiti (sentenza Corte Costituzionale n. 476 del 20/11/2002)

Documenti amministrativi

- Dichiarazioni sostitutive di certificazioni

Documenti sanitari

- Denuncia di infortunio subito sul lavoro (originale o copia conforme) ai sensi del D.M. 28 settembre 1990, articolo 9, comma 3, che documenti l'avvenuto contatto con sangue proveniente da soggetto infetto .
- Attestato di servizio circostanziato che relazioni sulla cronologia e tipologia delle mansioni svolte dall'operatore, e che evidenzi in particolare le circostanze di modo ed il tempo di esposizione del soggetto al contatto con sangue infetto e/o suoi derivati.
- Tutta la documentazione sanitaria relativa alla patologia denunciata dal suo esordio alla data dell'istanza.

G. Soggetti contagiati dalla madre durante la gravidanza

- Dichiarazioni sostitutive di certificazioni

a. Madre

- Documentazione amministrativa riguardante il riconoscimento all'indennizzo, ai sensi della L.210/92, per la medesima patologia acquisita dalla figlio.
- Copia conforme del verbale della C.M.O.
- Copia conforme della Cartella clinica completa relativa al parto.

b. Figlio

- Documentazione sanitaria in originale indicante la data (giorno, mese, anno) del primo accertamento di positività e contenente la diagnosi di infezioni da HIV o di epatite virale post-trasfusionale, nel caso di HBV, anche markers recenti che consentano di evidenziare una eventuale sieroconversione con normalizzazione del quadro sierologico. Nel caso di cartella clinica essa deve essere in copia conforme e completa.

H. Soggetto contagiato dal coniuge

- Dichiarazioni sostitutive di certificazioni

a. Coniuge contagiante

- Documentazione amministrativa riguardante il riconoscimento all'indennizzo, ai sensi della L.210/92, per la medesima patologia acquisita dal coniuge.
- Copia conforme del verbale della C.M.O.

b. Coniuge contagiato

- Documentazione sanitaria indicante la data (giorno, mese, anno) del primo accertamento di positività e contenente la diagnosi di infezioni da HIV o di epatite virale post-trasfusionale, nel caso di HBV, anche markers recenti che consentano di evidenziare una eventuale sierconversione con normalizzazione del quadro sierologico. Nel caso di cartella clinica essa deve essere in copia conforme e completa.

I. Aggravamento delle infermità o lesioni

- Documentazione sanitaria in originale indicante la data (giorno, mese, anno) dell'accertamento dell'aggravamento delle infermità o lesioni relative all'indennizzo in base alla L. 210/92. Nel caso di cartella clinica essa deve essere in copia conforme e completa.
- Copia conforme del verbale della C.M.O.

L. Doppia patologia

A seconda della causa determinante la seconda patologia la documentazione da produrre è quella indicata nei diversi casi.

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

(casistica di cui alle lettere A, B, C, D, E, F, G H)

Il/la sottoscritto/a (cognome, nome) _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

1. di essere nato/a a _____ prov. ____ il |__|_|_|_|
cod. fiscale |__|_|_|_| |__|_|_|_| |__|_|_|_| |__|_|_|_|
2. di essere residente a _____ prov. ____ c.a.p. _____
via/p.zza _____ n. _____
3. di non aver mai percepito gli importi relativi all'indennizzo di cui alla Legge 210/92

Dichiara di essere informato, ai sensi e per effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

La presente dichiarazione sostituisce i seguenti certificati: 1. Nascita 2. Residenza
3. Stato civile 4. Stato di famiglia 5. Decesso di familiari 6. Qualità di tutore

_____, il |__|_|_|_|
(luogo)

IL DICHIARANTE
