

**DOMANDA DI AGGRAVAMENTO
ex Legge 210/92**

Raccomandata A.R.

U.L.SS. n. 7 "Pedemontana"
U.O.C. Medicina Legale
Via Boldrini n. 1
36016 Thiene (VI)

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:

- Diretto/a interessato/a
- Esercente la potestà genitoriale/tutore di.....

CHIEDE

di ottenere l'indennizzo

**ritenendo di aver subito/che il minore o tutelato ha subito un danno permanente
irreversibile perché:**

- contagiato/a da infezione HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati;
- danneggiato/a irreversibilmente da epatite a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati;
- 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.

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

- di essere nato/a a(.....) il.....;

- di essere residente in.....(.....)
via
- di aver avuto conoscenza dell'aggravamento in data.....,
come da documentazione allegata
- che ha inoltrato domanda di indennizzo ai sensi dell'art. 1 della legge n. 210/92 con il
seguente esito finale: giudizio diagnostico.....categoria.....
- 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

- copia conforme della cartella clinica del primo ricovero relativo all'aggravamento della patologia
- certificazione redatta.....
- copia referti esami ematochimici e strumentali del.....
-
-

Luogo e data

Firma