

**DOMANDA DI INDENNIZZO DI SOGGETTI DANNEGGIATI
IRREVERSIBILMENTE DA CONTATTO CON PERSONA VACCINATA
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 interessato
- 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:**

- soggetto non vaccinato che in conseguenza di contatto con persona vaccinata abbia riportato una menomazione permanente;

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

- di essere nato/a ail.....;
- di essere residente in
via.....tel.....
- che il soggetto vaccinatoè nato/a a
.....il e che risiede in via.....
- di aver avuto conoscenza piena e qualificata degli effetti dannosi correlabili agli eventi vaccinali in datain occasione del (1)....., 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
- documentazione del datore di lavoro in caso di vaccinazione per motivi di lavoro o documentazione sulla necessità di vaccinazione anche se non obbligatoria in originale o in copia conforme
- copia conforme della cartella clinica del primo ricovero relativo al danno subito
- documentazione che dimostri le modalità e le caratteristiche del contatto con la persona vaccinata
-

Luogo e data

Firma

(1) Riportare gli estremi del ricovero, della visita specialistica, ecc.