

**DOMANDA DI INDENNIZZO DI SOGGETTI DANNEGGIATI  
IRREVERSIBILMENTE DA VACCINAZIONI  
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:**

- 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**

- di essere nato/a a .....il.....;
- di essere residente in .....  
via.....tel.....
- di aver avuto conoscenza piena e qualificata degli effetti dannosi correlabili agli eventi vaccinali in data .....in 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
- .....

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma

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