

**DOMANDA PER DANNO IRREVERSIBILE
CONTRATTO A SEGUITO DI CONTATTO CON SANGUE E SUOI DERIVATI
PROVENIENTI DA SOGGETTI AFFETTI DA HIV O DA EPATITE VIRALE
(operatori sanitari) 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

CHIEDE

di ottenere l'indennizzo di cui all'art. 1 della predetta legge come modificata dalla Corte Costituzionale con sentenza n. 476/2002

ritenendo di aver subito un danno permanente irreversibile perché:

- operatore sanitario che in occasione e durante il servizio, ha riportato danno permanente alla integrità psicofisica conseguente ad infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati, perché provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV;
- operatore sanitario che in occasione e durante il servizio, ha riportato danno permanente alla integrità psicofisica conseguente ad infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati, perché provenienti da soggetti affetti da infezione da epatiti virali;

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.....

- di aver avuto conoscenza del danno in data....., come da documentazione allegata
- 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

- Dichiarazione della Direzione Sanitaria dove si è verificato l'incidente attestante la effettiva presenza in servizio dell'interessato durante l'accaduto
- Originale o copia conforme della denuncia di infortunio INAIL
- Verbale CMO mod. ML/AB (riconoscimento dipendenza da causa di servizio) (se esistente)
- Cartella clinica relativa al ricovero durante il quale è stata accertata la prima positività per HIV in copia conforme oppure le analisi di laboratorio qualora l'accertamento non sia avvenuto in regime di ricovero in originale o in copia conforme
-
-

Luogo e data

Firma