

All' A. S. L.  
.....  
Ufficio Speciale legge 210/92  
V./C.so.....  
Cap.....Città

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25 febbraio 1992 n. 210, e successive modifiche

Il/La sottoscritto/a ..... nella qualità di:

- diretto interessato
- esercente la patria potestà
- una tantum ..... erede.....
- aggravamento

**chiede di ottenere l'indennizzo di cui all'Art. 1 della predetta legge ritenendo di aver subito un danno permanente irreversibile perché:**

- a) contagiato da infezione HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati o da vaccino;
- b) operatore sanitario che in occasione e durante il servizio, ha riportato danno permanente alla integrità psico-fisica conseguente ad infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati, perché provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV;
- c) danneggiato irreversibilmente da epatite a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati o da vaccinazione;
- d) danneggiato irreversibilmente da epatite o da Hiv per contagio da soggetto positivo di cui all'art. 1 della legge 210/92;
- e) la differenza di L. 100.000.000 come da Art. 6 D.L. del 548 - 23/10/96; vedi pratica n° 500.U.S./ l. 210/ CMO/ ..... /9 ..... (inserire il numero di pratica vedi lettera Min. San. in alto a sinistra);
- f) danneggiato irreversibilmente da doppia patologia a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati o da vaccino come da Art. 7 D.L. del 548 - 23/10/96 (inserire il numero di pratica vedi lettera Min. San. in alto a sinistra);

All'uopo, dichiara di essere nato a ..... prov. (.....)  
il ..... e di risiedere in..... cap.....  
.....  
via ..... n. civico .....; allega inoltre:

- 1) scheda informativa dei dati relativi alla trasfusione o alla somministrazione di emoderivati;
- 2) certificato di nascita;
- 3) certificato di stato di famiglia (2);
- 4) certificato di morte (3);
- 5).....;
- 6).....;

Il sottoscritto dichiara altresì di voler ricevere ogni comunicazione al seguente indirizzo:

via ..... n° ..... tel. n ° .....  
C.A.P..... città ..... prov. ....  
codice fiscale.....  
Banca d'appoggio ..... codice IBAN .....  
Banco Posta..... codice IBAN .....

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso.

..... li.....  
(data)

.....  
(firma del richiedente)

- segnare la voce che interessa
- (2) se il danneggiato è minore o deceduto
- (3) se il danneggiato è deceduto

Cognome e nome .....  
Luogo e data di nascita .....  
Domicilio ..... tel. ....  
 aggravamento  
Pratica n° 500.U.S./I. 210/ CMO/ ..... /9..... (inserire il numero di pratica vedi lettera Min. San. in alto a sinistra)

**A) Condizione patologica che ha richiesto la trasfusione, la somministrazione di emoderivati o vaccinazioni:**

- 1) politrasfuso per emopatia cronica:
- 2) trasfuso per evento acuto
- 3) operatore sanitario infettato
- 4) persona contagiata da un politrasfuso
- 5) danneggiato irreversibilmente da doppia patologia a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati o da vaccino come da Art. 7 D.L. del 548 - 23/10/96 (inserire il numero di pratica vedi lettera Min. San. in alto a sinistra);

**Informazioni relative al prodotto/ti somministrato/ti per i soggetti di cui al punto 1)**

Tipo/Tipi e periodo/i di somministrazione:  
1) ..... dal ..... al .....  
2) ..... dal ..... al .....  
3) ..... dal ..... al .....

Annotazioni:.....  
.....

Persona contagiata Familiare Partner

**Informazioni relative al prodotto somministrato per i soggetti di cui al punto 2).**

Tipo:.....  
N° unità: .....  
Data di somministrazione: .....  
Luogo di somministrazione .....  
Annotazioni:  
.....  
.....

**Informazioni relative all'infezione HIV:**

Data rilevamento sierologico: .... / .... / ....  
Data diagnosi malattia: .... / .... / ....  
Data grave immunodepressione (CD4<200 ml): .... / .... / ....

**Informazioni relative all'infezione da virus epatici:**

Data rilevamento sierologico HBsAg: .... / .... / ....  
Data anti HCV: .... / .... / ....  
Data diagnosi di epatopatia irreversibile:  
Data dell'avvenuto decesso:

**B) Infezione contratta da operatori sanitari durante il servizio.**

Data evento che ha determinato l'infezione:  
Informazioni relative all'infezione da HIV .....  
Informazioni relative all'infezione da virus epatici: .....  
.....

Data del decesso: .... / .... / ....

.....  
(firma e timbro del medico)