

SCHEMA DI DOMANDA PER DANNO IRREVERSIBILE CASUALMENTE CORRELATO A VACCINAZIONE

All'Azienda Ulss 2 – Marca Trevigiana
Distretto Pieve di Soligo
Servizio di Medicina Legale
Via Lubin, 16
31053 - PIEVE DI SOLIGO

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25 febbraio 1992 n. 210, il / la sottoscritto/a _____ in qualità di

- diretto interessato
- esercente la patria potestà
- erede

chiede di ottenere l'indennizzo di cui all'art. 1 della predetta legge ritenendo di aver subito un danno permanente irreversibile a **causa di vaccinazione** _____

All'uopo, dichiara di essere nato a _____ prov. _____

il _____ e di risiedere in _____ prov. _____

Via / Piazza _____ n. _____ allega inoltre:

- certificato vaccinale;
- dati relativi al vaccino (2);
tipo _____ Nome commerciale _____

Ditta produttrice _____ n° del lotto _____ n° del controllo di Stato _____

- certificato medico attestante la data di inizio dei primi sintomi, la sintomatologia soggettiva, la sintomatologia oggettiva, gli esiti invalidanti;
- n° _____ referti relativi ad accertamenti di laboratorio;
- n° _____ referti relativi ad accertamenti strumentali;
- n° _____ copie di cartelle cliniche relative a ricoveri
- certificato di nascita;
- certificato stato di famiglia (3);
- certificato di morte (4).

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

Via / Piazza _____ n. _____

CAP _____ città _____ prov. _____

e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso.

data, _____

(firma)

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati, compresi quelli sensibili, esclusivamente per tale scopo. Dichiaro di essere stato informato, ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 30.06.2003 n. 196, che i dati personali, compresi quelli sensibili, raccolti con la presente saranno trattati esclusivamente per il perseguimento delle finalità del procedimento relativo alla medesima ed in conformità alla disposizioni di cui all'art. 23, esprimo il mio consenso al trattamento degli stessi.

data, _____

(firma)

*N. B.: barrare la voce che interessa (2) qualora non deducibili dal certificato vaccinale (3) se il danneggiato è minore o deceduto (4) se il danneggiato è deceduto.
facsimile-vacc*