

FAC SIMILE DOMANDA

## DOMANDA DI INDENNIZZO SOGGETTI DANNEGGIATI IRREVERSIBILMENTE DA VACCINAZIONI ex L. 210/92

Raccomandata a.r.

Alla A.S.L. 3 "Genovese"  
S.C. Medicina legale  
Via Bertani n.4  
16125 Genova

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25.7.97 n.238 di modifica ed integrazione alla Legge 25.2.92 n.210, il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di ottenere l'indennizzo di cui all'art. 1 della predetta legge ritenendo di aver subito un danno **irreversibile permanente** 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 psicofisica;

### 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 art.46 e 47 DPR n.445 del 28/12/2000 e consapevole delle conseguenze penali previste dall'art.76 del citato DPR n.445/2000 in caso di dichiarazioni false e mendaci, il/la sottoscritto/a

### DICHIARA

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di essere residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_;
- 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 la documentazione prodotta in allegato è copia conforme all'originale;
- di voler ricevere ogni comunicazione inerente la pratica al seguente indirizzo e di comunicare eventuali variazioni delle stesso: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

## FAC SIMILE DOMANDA

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 4 del D.P.R. 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,

**ALLEGA**

- Certificato vaccinale in originale o copia conforme
- Scheda informativa dei dati relativi al vaccino ed agli eventi avversi verificatesi
- Certificato di stato di famiglia
- Copia conforme della cartella clinica relativa al primo ricovero
- copia documento di identità valido del soggetto che presenta l'istanza
- \_\_\_\_\_

---

(firma)

Ai sensi e per gli effetti del Codice in materia di protezione dei dati personali approvato con Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, dichiaro di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo mi competono tutti i diritti previsti dalla stessa norma.

*(1) riportare gli estremi del ricovero, vista specialistica ecc..*