

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia
Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina"

Via Vittorio Veneto, 174 - 34170 Gorizia
PEC: aas2.protgen@certsanita.fvg.it
Cod. Fisc.: 01162270316 - Part. I.V.A.: 01162270316

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE – SISP – Medicina Legale

All'AAS n. 2 "Bassa Friulana-Isontina"
Dipartimento di Prevenzione
Via Molin, 21
33057 – PALMANOVA

e per competenza
Al Ministero della Salute
Ufficio Speciale Legge 210/92
Via Giorgio Ribotta, 5
00144 – ROMA

Ai sensi e per gli effetti della legge 25 febbraio 1992 n. 210 e successive modifiche e integrazioni

il sottoscritto _____
nato a _____ il _____ e residente
in _____ CAP _____ via _____ n. _____
telefono _____ fax _____ e mail _____

in qualità di

- diretto interessato esercente la parentale potestà tutore

di _____ nato a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____

CHIEDE

LA REVISIONE DEL GIUDIZIO DI CLASSIFICAZIONE DELL'INFERMITA'
di cui alla Tab. A DPR 23/12/78 n. 915, come sostituita dalla Tab. A del DPR 30/12/81 n. 834

PER AGGRAVAMENTO

ai sensi all'Art.6 comma 1 della predetta Legge, in quanto:

- contagiato da infezione da HIV a seguito di somministrazione di sangue o suoi derivati
- operatore sanitario che, in occasione e durante il servizio, ha riportato danni permanenti alla integrità psicofisica conseguenti ad infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati, perché provenienti da soggetti affetti da infezione di HIV e/o da epatiti (sentenza Corte Cost. 476/02)
- danneggiato irreversibilmente da epatite post-trasfusionale
- coniuge contagiato da uno dei soggetti precedentemente indicati
- figlio contagiato durante la gestazione da madre che abbia avuto il riconoscimento dei diritti ex L 210/92

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di

dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto degli artt. 48 e 76 del D.P.R 445/2000.

DICHIARA

che il summenzionato interessato

- a) è nato a _____ (_____) il _____
- b) è residente in _____ via/piazza _____ n. _____
- c) è informato, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento previsto dalla presente istanza.

ALLEGA

Documentazione amministrativa:

- Fotocopia di un documento di identità
- Stato di famiglia o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà nel caso di danneggiato minorenni
- Provvedimento del Giudice di nomina a tutore nel caso di danneggiato interdetto
- Autodichiarazione di conoscenza del nesso causale

Documentazione sanitaria:

- Scheda informativa dei dati relativi alla trasfusione o alla somministrazione di emoderivati
- Cartelle cliniche che documentano trasfusioni avvenute
- Documentazione sanitaria contenente di primo accertamento di positività
- Denuncia di infortunio sul lavoro di contatto con sangue infetto
- Dichiarazione della Direzione Sanitaria attestante che l'interessato era in servizio effettivo durante lo svolgersi dei fatti
- Relazione circostanziata dello stato di servizio
- Avvenuto riconoscimento dei diritti ex L210/92 del congiunto contagiante
- Altre cartelle cliniche ed esami

Dichiara di voler ricevere la corrispondenza al proprio indirizzo, ovvero al seguente:

Via _____ N _____ CAP _____ città _____
e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso.

_____, li, _____

firma _____

IMPEDIMENTO ALLA SOTTOSCRIZIONE E ALLA DICHIARAZIONE (AI SENSI DELL'ART. 4
COMMA 1 E 2 DEL D.P.R. 28.02.2000, N. 445)

- 5 LA DICHIARAZIONE DI CHI NON SA O NON PUO' FIRMARE E' RACCOLTA DAL PUBBLICO
UFFICIALE PREVIO ACCERTAMENTO DELL'IDENTITA' DEL DICHIARANTE:

Il/la signor... _____ nat... a _____
il _____ residente a _____
via _____, (indicare il grado di parentela)
_____ del/la signor... _____
nat... il _____ a _____ dichiara di voler presentare a
nome e nell'interesse di quest'ultim... istanza di accertamento di _____
essendo l'interessat... temporaneamente impedit... a presentarla per ragioni connesse al suo stato di salute.

(luogo e data)

Il Dichiarante

Io sottoscritto _____ funzionario incaricato, attesto che la
presente dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal/la signor... _____
_____ identificato _____
(indicare il tipo di documento di identità)
previa ammonizione sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace.

(luogo e data)

Il Funzionario incaricato
