*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

di ottenere l'indennizzo di cui all'Art.1 della predetta Legge, ritenendo di aver subito un danno permanente a causa di

☐ vaccinazione _____

☐ contatto con soggetto sottoposto a vaccinazione _____

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 minorenne
- ☐ Provvedimento del Giudice di nomina a tutore nel caso di danneggiato interdetto
- ☐ Autodichiarazione di conoscenza del nesso causale

Documentazione sanitaria:

- ☐ Certificato vaccinale
- ☐ Documentazione della motivazione della vaccinazione
- ☐ Dati relativi al vaccino

  Data vaccinazione _____

  Tipo _____

  Nome commerciale _____

  Ditta produttrice _____

  n° di lotto_____ n° controllo di Stato_____

- ☐ Certificato medico attestante la data di inizio dei primi sintomi, la sintomatologia soggettiva, la sintomatologia oggettiva, gli esiti invalidanti
- ☐ Referti relativi ad accertamenti di laboratorio
- ☐ Referti relativi ad accertamenti strumentali
- ☐ Cartelle cliniche
- ☐ Altro

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

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

…….lì, ……..

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)

- 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

_____