

- Soggetto con aggravamento delle infermità e delle lesioni.
- Soggetto con più di una patologia.
- Soggetto sottoposto a vaccinazione obbligatoria per legge o per ordinanza di una autorità sanitaria.
- Soggetto sottoposto a vaccinazioni, anche non obbligatorie, necessarie per motivi di lavoro o per incarico del proprio ufficio, o per poter accedere ad uno stato estero.
- Soggetto a rischio operante nelle strutture sanitarie ospedaliere, che si è sottoposto a vaccinazioni anche non obbligatorie.
- Soggetto non vaccinato che ha riportato, a seguito ed in conseguenza di contatto con persona vaccinata, lesioni o infermità, dalle quali ne è derivata una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica.
- Soggetto sottoposto a vaccinazione antipoliomielitica non obbligatoria nel periodo di vigenza della L. 695/59.

Allega alla presente istanza i seguenti documenti:

1. Certificato di nascita
2. Certificato di Stato di famiglia (se il danneggiato è minore o deceduto)
3. Certificato di morte (se il danneggiato è deceduto)
4. Scheda informativa dei dati relativi alla trasfusione o alla somministrazione di emoderivati

B. Documenti sanitari

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Dichiara altresì di voler ricevere ogni comunicazione al sotto indicato indirizzo e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso :

Via n.
CAP. Città Prov.
telefono cell. fax

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della L.675/75 si informa che:

- 1. il conferimento dei dati personali è obbligatorio per poter accedere ai benefici di cui alla presente istanza;*
- 2. i dati personali e sensibili, contenuti nella presente istanza saranno oggetto di trattamento esclusivamente da parte degli enti e strutture del Servizio Sanitario Nazionale ai fini della definizione e della liquidazione delle competenze accertate;*
- 3. il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e automatizzata nel sistema informatico della Azienda Sanitaria Locale;*
- 4. titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale o un suo delegato al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, così come previsti dall'art. 13 della l. 675/96.*

Firma per presa visione _____
(firma estesa leggibile)

....., li |__|__|__| _____
(luogo) (data) (firma estesa leggibile)

