

**Dipartimento di prevenzione****Unità operativa igiene e sanità pubblica**

Centro per i servizi sanitari

viale Verona - 38123 Trento

igienepubblica@pec.apss.tn.itapss@pec.apss.tn.it

Oggetto: Ricorso per il riconoscimento in seconda istanza dell'indennizzo spettante alle persone danneggiate da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni di sangue e di emoderivati (Ex Legge 210/1992)

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25 febbraio 1992 n. 210 e ss.mm.ii., io sottoscritto

Nome _____ Cognome _____ CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nato a [_____] Provincia di [_____] il

giorno [____] / [____] / [_____], residente a [_____]

Provincia di [_____] in via [_____] n° [____] CAP [_____]

Nome _____ Cognome _____ CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nato a [_____] Provincia di [_____] il

giorno [____] / [____] / [_____], residente a [_____]

Provincia di [_____] in via [_____] n° [____] CAP [_____]

Ricorso al Direttore Generale dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, ai sensi della Delibera di giunta provinciale GDP n.2380 di data 31 Ottobre 2008, Direttive per il riconoscimento e la corresponsione degli indennizzi spettanti ai soggetti danneggiati individuati dalla legge 25 febbraio 1992, n 210 da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati, avverso al giudizio espresso dalla Commissione di prima istanza con verbale N° _____ del giorno [____] / [____] / [_____], in data [____] / [____] / [_____] e ricevuta dal sottoscritto il giorno [____] / [____] / [_____].

Alla presente domanda si allegano i seguenti documenti *integrativi*:

Documenti Amministrativi

1	Certificato di nascita
2	Copia fotostatica di un documento di identità del richiedente (fronte e retro)
3	Copia fotostatica di un documento di identità del danneggiato (se diverso dal richiedente)
4	Certificato di stato di famiglia (se richiedente diverso dal danneggiato o se il danneggiato è minorenne)



5	Certificato di morte rilasciato dall'ufficiale di stato civile (in caso di decesso del danneggiato)
6	Certificato di residenza del danneggiato
7	Nomina del tutore (se il danneggiato è interdetto)
8	Documentazione della denuncia di infortunio sul lavoro per operatori sanitari contagiati da Virus Epatici o da HIV
9	Dichiarazione della Direzione Sanitaria della struttura in cui si è verificato l'infortunio sul lavoro per operatore sanitario
10	Procura alle liti (compilare anche la sezione dedicata della presente domanda)

Documenti Sanitari

	Certificato vaccinale e dati del vaccino (se danneggiato da vaccinazione)
	Documenti comprovanti le manifestazioni cliniche conseguenti alla vaccinazione e l'entità della lesione
	Documenti relativi alle trasfusioni eseguite o della somministrazione di emoderivati (schede informative dei dati relativi alla trasfusione o alla somministrazione di emoderivati)
	Documentazione comprovante l'infezione da Virus Epatici o da HIV
	Copia della cartella clinica riportante la prima positività da Virus Epatici o da HIV



Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di voler ricevere ogni comunicazione mediante (indicare una delle opzioni) :

- ☐ Trasmissione tramite servizio postale in contrassegno al seguente indirizzo

Via _____

N° civico _____

Comune _____

Prov. _____

CAP _____

- ☐ Di eleggere, come domicilio digitale, l'indirizzo di posta elettronica certificato (PEC)

- ☐ Di eleggere, come domicilio digitale, l'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____ dello Studio Legale delegato.

A tal riguardo, si allega, alla presente domanda, documentazione debitamente firmata della Procura alle liti in favore dell'avvocato _____ iscritto all'ordine degli avvocati di _____ con numero _____ con CODICE FISCALE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(luogo, data)

--

(firma)

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., si informa che i dati personali forniti nell'ambito della presente domanda, ivi compresi eventuali dati appartenenti a categorie particolari (art. 9 GDPR), saranno trattati esclusivamente per finalità connesse alla gestione dell'istanza di indennizzo ai sensi della legge 210/92, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, pertinenza e trasparenza. Il trattamento dei dati avverrà mediante supporti cartacei e/o informatici da parte di personale autorizzato, con l'adozione di misure tecniche e organizzative adeguate a garantire la sicurezza e la riservatezza delle informazioni. Titolare del trattamento è il Direttore Generale dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) o suo delegato, cui è possibile rivolgersi per l'esercizio dei diritti previsti dagli artt. 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679 (accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione, portabilità dei dati). Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini dell'istruttoria e della definizione della presente istanza; il mancato conferimento comporterà l'impossibilità di procedere con la richiesta di indennizzo.

