

FACSIMILE DI DOMANDA

**DOMANDA INDENIZZO SOGGETTI DANNEGGIATI IRREVERSIBILMENTE DA TRASFUSIONI EX L. 210/92**

Raccomandata r.r.

All'ASL 3 Genovese  
 S.C. Medicina Legale  
 Via Bertani 4  
 16125 Genova

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25 Febbraio 1992 n. 210 , il sottoscritto

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ in qualità di

- Diretto interessato  
 Esercente la patria potestà su \_\_\_\_\_  
 Erede di \_\_\_\_\_

chiede di ottenere l' indennizzo di cui all'Art . 1 della predetta Legge ritenendo di aver subito un danno permanente irreversibile perché:

- Contagiato da infezione **HIV a seguito di somministrazione** di sangue o suoi derivati  
 **Operatore sanitario** che in occasione e durante il servizio, ha riportato danno permanente alle integrità psico-fisica conseguente ad infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati, perché proveniente **da soggetti affetti da infezione da HIV o HCV o HBV**  
 Danneggiato irreversibilmente da **epatite post-trasfusionale**

All' uopo dichiara di essere nato a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) Il \_\_\_\_\_

e di risiedere a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Allega inoltre:

- "Scheda informativa " dei dati relativi alla trasfusione / somministrazione di emoderivati  
 Certificato di nascita  
 Certificato di stato di Famiglia (se il danneggiato è minore o deceduto)  
 Certificato di morte (se il danneggiato è deceduto)  
 ALTRO (cartelle cliniche, certificati , esami di laboratorio) \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara altresì di voler ricevere ogni comunicazione al seguente indirizzo:

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

(impegnandosi a comunicarne tempestivamente ogni variazione)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_