

DOMANDA DI “DOPPIA PATOLOGIA” DI SOGGETTI DANNEGGIATI IRREVERSIBILMENTE DA TRASFUSIONE O SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI

Alla Regione Toscana
Dipartimento del Diritto alla e delle
Politiche di Solidarietà
"Settore Affari Generali"
Via Taddeo Alderotti, 26/n
50139 FIRENZE

**per il tramite dell’Azienda USL n. di
U.O. Medicina Legale**

Via n.
CAP Città

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25.2.92 n.210, il/la sottoscritto/a

..... in qualità di:

diretto interessato

esercente la patria potestà/tutore di

nato/a a prov. il

Chiede di ottenere il riconoscimento dell’indennizzo aggiuntivo per aver contratto più di una patologia pari al 50% dell’indennizzo dovuto ai sensi dell’art.1 della L.210/92.

A tal fine, ai sensi art.46 e 47 DPR n.445 del 28/12/2000 e consapevole delle conseguenze penali previste dall’art.76 del citato DPR n.445/2000 in caso di dichiarazioni false e mendaci, il/la sottoscritto/a

DICHIARA

- di essere nato/a a prov. il.....;

- di essere residente in prov.;

Via n. civicotelefono.....;

- che ha avuto il riconoscimento dell’indennizzo ai sensi art.1 L.210/92 per aver riportato danno irreversibile da trasfusione o somministrazione di emoderivati;

- di avere avuto conoscenza di ulteriore patologia in data

- Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di voler ricevere ogni comunicazione inerente la pratica al seguente indirizzo e di comunicare eventuali variazioni dello stesso:

.....
.....

....., lì
(data)

.....
(firma)

Elenco dei documenti da allegare:

La stessa documentazione sanitaria presentata in allegato alla domanda di indennizzo per patologia contratta a seguito di trasfusione o somministrazione di emoderivati.