

DOMANDA DI INDENNIZZO DI SOGGETTI DANNEGGIATI IRREVERSIBILMENTE DA VACCINAZIONI OBBLIGATORIE - DOMANDA DI RETRODATAZIONE

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 l'indennizzo di cui all'art.1 della predetta legge ritenendo di aver subito un danno permanente irreversibile perché:

soggetto che, a causa di vaccinazioni obbligatorie per legge o per ordinanza di un'autorità sanitaria italiana, abbia riportato lesioni o infermità dalle quali sia derivata una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica;

soggetto non vaccinato che in conseguenza di contatto con persona vaccinata abbia riportato una menomazione permanente;

soggetto che per motivi di lavoro o incarico del proprio ufficio, o per poter accedere ad uno stato estero, si è sottoposto a vaccinazioni che, pur non essendo obbligatorie, risultassero necessarie, in seguito alle quali sia derivata una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica;

!_! soggetto operante in strutture sanitarie ospedaliere a rischio che si è sottoposto a vaccinazioni anche non obbligatorie, in seguito alle quali sia derivata una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica;

!_! coniuge contagiato da uno dei soggetti sopra indicati;

!_! figlio contagiato durante la gestazione da madre che ha avuto riconosciuto il diritto all'indennizzo

Chiede inoltre il riconoscimento dell'assegno una tantum nella misura pari, per ciascun anno, al 30% dell'indennizzo dovuto ai sensi dell'art.1 della L.210/92.

A tal fine, ai sensi art.46 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. civico..... telefono.....;

- che il danno causato dalla vaccinazione si è manifestato il: giorno..... mese..... anno.....;

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

.....

.....

..... , li

(data)

.....

(firma)

Elenco dei documenti da allegare:

in originale o copia conforme all'originale:

- certificato vaccinale della ASL o del comune;
- cartella clinica completa del primo ricovero relativo al danno subito;
- nel caso di vaccinazioni obbligatorie per ordine di autorità sanitaria o per lavoro, copia dell'ordinanza o della documentazione rilasciata dal datore di lavoro o che attesti la necessità della vaccinazione;