DOMANDA PER DANNO CAUSALMENTE CORRELATO A VACCINAZIONE

ALL'AZIENDA ZERO
Corso del Popolo n. 4
35131 - PADOVA
Tramite
AZIENDA ULSS n. 9 SCALIGERA
U.O.C. Medicina Legale
Via S. D'Acquisto n. 7
37122 – VERONA
PEC prevenzione.aulss9@pecveneto.it

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25 febbraio 1992 n. 210, il sottoscritto ..... in qualità di :

❑ - diretto interessato

❑ - esercente la patria podestà di ……

❑ - erede/i di ……...

chiede di ottenere la corresponsione dell'indennizzo di cui all'art. 1 della predetta Legge ritenendo di aver subito un danno permanente irreversibile causalmente correlato a vaccinazione obbligatoria ..... .

All'uopo, dichiara di essere nato a ..... prov. (.....)

il ..... e di risiedere in ..... via .....

..... n° civico ..... n° telefono ...../.....; allega inoltre:

❑ - certificato vaccinale in originale o copia conforme;

❑ - dati relativi al vaccino (1):

Tipo ..... Nome commerciale .....

Ditta produttrice ..... n° di lotto .....

n° del controllo di Stato .....;

❑ - certificato medico attestante la data di inizio dei primi sintomi, la sintomatologia soggettiva, la sintomatologia oggettiva, gli esiti invalidanti;

❑ - n° ..... referti relativi ad accertamenti di laboratorio;

❑ - n° ..... referti relativi ad accertamenti strumentali;

❑ - n° ..... copie di cartelle cliniche in copia conforme relative a ricoveri
presso ..... dal ..... al .....;

presso ..... dal ..... al .....;

presso ..... dal ..... al .....;

- altro (specificare) .....

.....

.....

❑ - certificato di stato di famiglia o autocertificazione (2);

❑ - certificato di morte (3);

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

Via ..... n°civico .....

c . a .p. ..... città ..... prov. ..... telefono ...../.....

e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso.

..... lì, ...
(data)

.....
(firma)

❑ Segnare la voce che interessa
(1) Qualora non deducibili dal certificato vaccinale.
(2) Se il danneggiato è minore o deceduto
(3) Se il danneggiato è deceduto

Sono stato informato del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento (UE) 2016/679 (General Data Protection Regolation – GDRP) secondo l'informativa conservata presso sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: https://www.aulss9.veneto.it.
Saranno trasmessi ai competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge.

Data ..... Firma del dichiarante .....

Il sottoscritto inoltre autorizza il personale dell' U.O.C. Medicina Legale ad esaminare ed estrarre copia della documentazione sanitaria che lo riguarda, conservata presso strutture pubbliche.

Data ..... Firma del dichiarante .....