

**DOMANDA PER DANNO IRREVERSIBILE CORRELATO A
TRASFUSIONE O SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI**
(Revisione per aggravamento)

ALLA REGIONE VENETO
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

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

chiede di ottenere la **REVISIONE** di cui all'art. 6 della Legge n. 210/92, per aggravamento della patologia già riconosciuta per danno irreversibile da:

- A) contagio da infezione da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati;
- B) danno permanente alla integrità psico-fisica, in qualità di operatore sanitario che, in occasione e durante il servizio è stato contagiato con sangue o suoi derivati, provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV, HBV, HCV;
- C) danno irreversibile da epatite post-trasfusionale

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

il e di risiedere in via

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

- 1) certificato di stato di famiglia o autocertificazione (1);
- 2)
- 3)

- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)

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

Via n°.....

c.a.p. città prov. telefono/.....

e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso.

..... li,
(data)

.....
(firma)

Segnare la voce che interessa

(1) Se il danneggiato è minore o 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 Regulation – GDPR) 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