

**DOMANDA PER DANNO IRREVERSIBILE CORRELATO A
TRASFUSIONE O SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI**

**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

- erede/i di

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

A) contagiato da infezione da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati;

B) operatore sanitario che, in occasione e durante il servizio, ha riportato danno permanente alla integrità psico-fisica con sangue o suoi derivati, perchè provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV/HBV/HCV;

C) danneggiato irreversibilmente 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) scheda informativa dei dati relativi alla trasfusione o alla somministrazione di emoderivati (in caso di politrasfusi);
- 2) cartella clinica completa ed in copia conforme relativa al/ai ricovero/i in occasione dei quali è avvenuta la somministrazione di sangue/emoderivati (in caso di trasfusioni occasionali);
- 3) certificato di stato di famiglia o autocertificazione (1);
- 4) certificato di morte (2);
- 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
- (2) Se il danneggiato è deceduto

Sono stato informato del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le 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