

All'ASU FC
Dipartimento di Prevenzione
SOSD Medicina Legale
Via Pozzuolo, 330 (Palazzina 6)
33100 – UDINE

e per competenza
Ministero della Salute
DGVESC
Ufficio 4 Legge 210/92
Viale Giorgio Ribotta n. 5
00144 ROMA

Ai sensi e per gli effetti della legge 25 febbraio 1992 n. 210 e successive modifiche e integrazioni il sottoscritto _____
nato/a a _____ il _____ e residente in _____
_____ CAP _____ via _____ n. _____
telefono _____ mail _____
in qualità di:

- diretto interessato esercente la parentale potestà tutore

di _____ nato/a a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____

CHIEDE

LA REVISIONE DEL GIUDIZIO DI CLASSIFICAZIONE DELL'INFERMITÀ
di cui alla Tab. A DPR 23/12/78 n. 915, come sostituita dalla Tab. A del DPR 30/12/81 n. 834
PER AGGRAVAMENTO

ai sensi all'Art.6 comma 1 della predetta Legge, in quanto:

- contagiato da infezione da HIV a seguito di somministrazione di sangue o suoi derivati
 operatore sanitario che, in occasione e durante il servizio, ha riportato danni permanenti alla integrità psicofisica conseguenti ad infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati, perché provenienti da soggetti affetti da infezione di HIV e/o da epatiti (sentenza Corte Cost. 476/02)
 danneggiato irreversibilmente da epatite post-trasfusionale
 coniuge contagiato da uno dei soggetti precedentemente indicati
 figlio contagiato durante la gestazione da madre che abbia avuto il riconoscimento dei diritti ex L 210/92

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto degli artt. 48 e 76 del D.P.R. 445/2000.

DICHIARA

che il summenzionato interessato:

- a) è nato a _____ (_____) il _____
b) è residente in _____ via/piazza _____ n. _____
c) è informato, ai sensi del GDPR - Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento previsto dalla presente istanza.

ALLEGA

Documentazione amministrativa:

- Fotocopia di un documento di identità
- Stato di famiglia o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà nel caso di danneggiato minorenni
- Provvedimento del Giudice di nomina a tutore nel caso di danneggiato interdetto
- Autodichiarazione di conoscenza del nesso causale

Documentazione sanitaria:

- Scheda informativa dei dati relativi alla trasfusione o alla somministrazione di emoderivati
- Cartelle cliniche che documentano trasfusioni avvenute
- Documentazione sanitaria contenente di primo accertamento di positività
- Denuncia di infortunio sul lavoro di contatto con sangue infetto
- Dichiarazione della Direzione Sanitaria attestante che l'interessato era in servizio effettivo durante lo svolgersi dei fatti
- Relazione circostanziata dello stato di servizio
- Avvenuto riconoscimento dei diritti ex L. 210/92 del congiunto contagiante
- Altra documentazione sanitaria

Dichiara di voler ricevere la corrispondenza al proprio indirizzo, ovvero al seguente:

Via _____ n. _____ CAP _____ città _____

e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso.

_____ li, _____

firma _____