

All'ASUFC
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 _____ e mail _____
in qualità di:

diretto interessato esercente la parentale potestà tutore

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

CHIEDE

di ottenere l'indennizzo di cui all'Art.1 della predetta Legge, ritenendo di aver subito un danno permanente a causa di:

- vaccinazione _____
 contatto con soggetto sottoposto a vaccinazione _____

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 minorenn
- Provvedimento del Giudice di nomina a tutore nel caso di danneggiato interdetto
- Autodichiarazione di conoscenza del nesso causale

Documentazione sanitaria:

- Certificato vaccinale
- Documentazione della motivazione della vaccinazione
- Dati relativi al vaccino

Data vaccinazione _____

Tipo _____

Nome commerciale _____

Ditta produttrice _____

n° di lotto _____ n° controllo di Stato _____

- Certificato medico attestante la data di inizio dei primi sintomi, la sintomatologia soggettiva, la sintomatologia oggettiva, gli esiti invalidanti:
- Referti relativi ad accertamenti di laboratorio
- Referti relativi ad accertamenti strumentali
- Cartelle cliniche
- Altro

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 _____