

Protocollo numero Del

Al Direttore Generale
ASL Roma 2
Via M. Brighenti, 23
00159 Roma

Il sottoscritto....., in qualità di:

- diretto interessato |__|
- esercente la patria potestà |__|
- erede |__|

CHIEDE

di ottenere la corresponsione dell'indennizzo di cui all'art.1 della Legge n.210/92 ritenendo di aver subito un danno permanente irreversibile a causa di vaccinazione:

- obbligatoria |__|
- resa obbligatoria |__|

All'uopo, dichiara di:

essere nato a Prov. (), il |_|_| |_|_| |_|_| e di risiedere in Roma Via
....., n C.A.P. |_|_|_|_|_|

Allega la seguente documentazione in originale e copia conforme :

- Certificato vaccinale |__|
- Dati relativi al vaccino |__| (1):

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

Lotto nControllo di Stato n

- |__| 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.....Cartelle cliniche relative a ricoveri

presso.....dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_|

presso.....dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_|

presso.....dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_|

-|__| Altro (specificare).....

.....

- |_|_| Certificato di nascita (o autocertificazione);
- |_|_| Certificato di stato di famiglia (o autocertificazione) *se il danneggiato è minore*
- |_|_| Certificato di morte (*se il danneggiato è deceduto*)

Il sottoscritto dichiara, altresì, di voler ricevere ogni comunicazione inerente la presente domanda al seguente indirizzo:

Via..... n..... C.A.P. |_|_|_|_|_|_| Città..... |_|_|_|

e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso.

Roma,

(firma per esteso e leggibile)

Dichiaro di avere preso visione del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

!

(firma per esteso e leggibile)