

Protocollo numero Del

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

Il sottoscritto _____ nella sua qualità di diretto interessato
CHIEDE, ai sensi e per gli effetti della Legge 25 febbraio 1992, n. 210 e successive integrazioni e
modificazioni, l'indennizzo di cui all'art. 1 della Legge soprarichiamata, ritenendo di aver subito
un danno permanente irreversibile, in quanto:

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

b) operatore sanitario che, in occasione e durante il servizio, ha riportato danno
permanente alla propria integrità psico-fisica conseguente ad infezione contratta a seguito di
contatto con sangue e/o suoi derivati proveniente da soggetti affetti da infezione da HIV;

c) danneggiato irreversibilmente da epatiti post-trasfusione.

All'uopo, dichiara:

a) di essere nato a..... Prov. |_|_| il |_|_|_|_|_|_|_|_|;

b) di risiedere in Roma, via/p.zza n.

A tal fine, allega:

scheda informativa dei dati relativi alla trasfusione od alla somministrazione di emoderivati,
compilata e firmata dal Medico curante;

certificato di Nascita (o autocertificazione)

certificato di Stato di Famiglia (se il danneggiato è minore o deceduto)

certificato di Morte (se il danneggiato è deceduto)

.....

.....

.....

Allego la seguente documentazione sanitaria in originale e copia conforme :

.....

.....

.....

.....

Il sottoscritto DICHIARA altresì di voler ricevere ogni comunicazione in merito alla presente domanda al seguente indirizzo:

Via/P.zza _____ N° _____ C.A.P. |_|_|_|_|_| Città _____

Prov. |_|_|_| - Tel. _____

Il sottoscritto si impegna a comunicare ogni variazione dei dati forniti.

Roma il |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(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)