

Al Direttore Generale
ASL Roma 2
Via Filippo Meda, 35
00157 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:

- 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) (2);
- |__| Certificato di morte (3).

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)

(1) Qualora non deducibili dal certificato vaccinale

(2) Se il danneggiato è minore o deceduto

(3) Se il danneggiato è deceduto