

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 n .....Controllo 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)