

**DOMANDA DI “DOPPIA PATOLOGIA” DI SOGGETTI
DANNEGGIATI IRREVERSIBILMENTE DA TRASFUSIONE O
SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI**

Azienda USL di.....

Direzione Sanitaria

Via.....n...

.....

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25 febbraio 1992, n. 210, il sottoscritto/a....

.....in qualità di diretto interessato

diretto interessato

esercente la patria potestà/tutore di.....

nato/a a.....

chiede di ottenere il riconoscimento dell'indennizzo aggiuntivo per aver contratto più di una patologia pari al 50% dell'indennizzo dovuto ai sensi dell'art. 1 della L. 210/92.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 e 47, D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/00 in caso di dichiarazioni false e mendaci, il/la sottoscritto/a

DICHIARA

di essere nato/a a..... prov..... il.....;

di essere residente in..... prov.....;

Via..... n. civico..... telefono.....;

che ha avuto il riconoscimento dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1, L. 210/92 per aver riportato un danno irreversibile da trasfusione o somministrazione di emoderivati;

di aver avuto conoscenza dell'ulteriore patologia in data.....;

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di voler ricevere ogni comunicazione inerente la pratica al seguente indirizzo e di comunicare eventuali variazioni dello stesso:

.....
.....

....., li.....
(data)

.....
(firma)

Documenti allegati:

La stessa documentazione sanitaria presentata in allegato alla domanda di indennizzo per patologia contratta a seguito di trasfusione o somministrazione di emoderivati.