

DOMANDA PER DANNO IRREVERSIBILE CAUSALMENTE
CORRELATO A VACCINAZIONE

Alla ASL FG

Ufficio Speciale Legge 25/02/1992, n.210

71100 F O G G I A

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25 febbraio 1992, n. 210, il/la sottoscritt
in qualità di

- 1) Diretto interessato
- 2) Esercente la patria potestà
- 3) Erede

chiede di ottenere l'indennizzo di cui all'art.1 della predetta legge ritenendo di aver subito un danno permanente irreversibile a causa di vaccinazioni di legge:

All'uopo dichiara di essere nato a _____ prov. _____ il _____
e di risiedere in _____ via _____ n. _____ ; allega inoltre:

- 1) Certificato vaccinale;
- 2) Dati relativi al vaccino

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

Ditta produttrice.....n° del lotto.....

n° del controllo di Stato.....;

3) certificato medico attestante la data di inizio dei primi sintomi, la sintomatologia soggettiva, la sintomatologia oggettiva, gli esiti invalidanti;

4) n°.....referti relativi ad accertamenti di laboratorio;

5) n°.....referti relativi ad accertamenti strumentali;

6) n°.....copie di cartelle cliniche relative ai ricoveri presso
..... dal..... al.....
presso..... dal..... al.....
presso dalal.....
altro (specificare).....

7) certificato di nascita;

8) stato di famiglia;

9) certificato di morte (4).

Il sottoscritto dichiara altresì di voler ricevere ogni comunicazione al seguente indirizzo:
Via _____ n. _____ Cap. _____ Città _____ prov. _____
e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso.

_____ li _____