



Regione Lazio

Al Direttore Generale
Az. U.S.L. RM/B
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*