



**Iurisdictio Universalis**

**Salus populi suprema lex esto.**

**Libertas est fundamentum iurium humanorum.**

**STATO VENETO VT-963/VEC-639**

**Consiglio Nazionale Parlamentare del Popolo Veneto**

---

## **Modulo di Richiesta di Indennizzo per Minorenni Obbligati alla Vaccinazione**

**Oggetto:** Richiesta di indennizzo per danni alla salute, alla libertà di scelta e ai diritti fondamentali dei minorenni obbligati alla vaccinazione da inviare via mail all'**Autorità di Autogoverno del Popolo Veneto per la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo**.

---

### **Sezione 1: Dati del Richiedente (Genitore/Tutore Legale)**

1. **Nome e Cognome:** \_\_\_\_\_
  2. **Indirizzo di residenza:** \_\_\_\_\_
  3. **Codice Fiscale/Partita IVA:** \_\_\_\_\_
  4. **Telefono:** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_
  5. **Cittadinanza:**  Italiana  Europea  Veneta-Altro (specificare): \_\_\_\_\_
  6. **Residenza in Veneto:**  Sì  No  
Se sì, specificare Comune/Provincia: \_\_\_\_\_
- 

### **Sezione 2: Dati del Minorenne**

1. **Nome e Cognome del Minorenne:** \_\_\_\_\_
2. **Data di Nascita:** \_\_\_\_\_
3. **Età:** \_\_\_\_\_
4. **Vaccinazioni Obbligatorie Effettuate:**  
 Poliomielite  
 Difterite  
 Tetano

- Epatite B  
 Pertosse  
 Haemophilus influenzae tipo B  
 Morbillo  
 Rossolia  
 Parotite  
 Varicella  
 Altro (specificare): \_\_\_\_\_
- 

### **Sezione 3: Motivazione della Richiesta di Indennizzo**

Indicare i danni subiti a causa dell'obbligo vaccinale (selezionare le opzioni pertinenti):

#### **A. Danni alla Salute**

- Reazioni avverse immediate (es. febbre alta, convulsioni, shock anafilattico)
- Importo richiesto: **€ 50.000**  
 Effetti collaterali a lungo termine (es. disturbi neurologici, malattie autoimmuni)
  - Importo richiesto: **€ 100.000**  
 Diagnosi di patologie correlate (specificare): \_\_\_\_\_
  - Encefalopatia  
Importo richiesto: **€ 150.000**
  - Sindrome della Morte Improvvisa del Lattante (SIDS)  
Importo richiesto: **€ 200.000**
  - Disturbi del sistema immunitario  
Importo richiesto: **€ 100.000**
  - Altro (specificare): \_\_\_\_\_  
Importo richiesto: **€ 50.000 - € 200.000** (a seconda della gravità)

#### **B. Danni Morali e Psicologici**

- Sofferenza psicologica del minore dovuta alla vaccinazione obbligatoria
- Importo richiesto: **€ 30.000**  
 Stress e ansia dei genitori per la mancanza di libertà di scelta
  - Importo richiesto: **€ 20.000**  
 Violazione del diritto all'integrità fisica e alla libertà terapeutica
  - Importo richiesto: **€ 50.000**  
 Altro (specificare): \_\_\_\_\_
  - Importo richiesto: **€ 10.000 - € 50.000**

#### **C. Danni alla Libertà di Scelta**

- Imposizione coercitiva della vaccinazione senza consenso informato

- Importo richiesto: **€ 50.000**  
 Esclusione dal diritto all'istruzione per mancata vaccinazione
  - Importo richiesto: **€ 30.000**  
 Discriminazione sociale e stigmatizzazione del minore
  - Importo richiesto: **€ 20.000**  
 Altro (specificare): \_\_\_\_\_
  - Importo richiesto: **€ 10.000 - € 50.000**
- 

## **Sezione 4: Imputazione agli Indennizzi**

La possibilità di vaccinarsi direttamente a scuola, introdotta dal **Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC), Denis Caporale**, attraverso un decreto che consente alle scuole secondarie di primo grado di ospitare sedute di vaccinazione, rappresenta un'ulteriore violazione dei diritti fondamentali dei minorenni e delle loro famiglie.

### **Vaccinazioni offerte e modalità di svolgimento**

Le vaccinazioni coinvolte sono quelle previste dal calendario vaccinale della Regione Friuli Venezia Giulia per la fascia adolescenziale:

- **Vaccino tetravalente contro il meningococco**
- **Vaccino novevalente contro il papillomavirus (HPV)**
- **Richiamo tetravalente dTpaP (antitetano, pertosse, difterite e polio)**

Questa iniziativa, sebbene presentata come un supporto alle famiglie nel rispetto degli obblighi di legge, costituisce una forma di coercizione indiretta, poiché:

1. **Priva i genitori del diritto di scelta informata**
2. **Espone i minorenni a rischi senza supervisione genitoriale**
3. **Crea pressione sociale e discriminazione**

Per questi motivi, si richiede un **indennizzo aggiuntivo** pari a **€ 30.000** per ogni minorenne sottoposto a vaccinazione obbligatoria a scuola senza il consenso informato dei genitori.

---

## **Sezione 5: Documentazione Allegata**

Allego alla presente domanda la seguente documentazione a supporto della richiesta di indennizzo:

- Certificato di vaccinazione del minorenne
- Documentazione medica attestante le reazioni avverse o la diagnosi di patologie correlate
- Certificato medico o psicologico relativo ai danni morali e psicologici subiti dal minorenne e/o dalla famiglia
- Copia del documento d'identità del genitore/tutore legale
- Copia del certificato di nascita del minorenne

- Eventuale corrispondenza/interazioni con autorità sanitarie o scolastiche in merito alla vaccinazione  
 Altro (specificare): \_\_\_\_\_
- 

## **Sezione 6: Dichiarazione Sostitutiva di Atto Notorio**

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del **D.P.R. n. 445/2000** e consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 dello stesso decreto in caso di dichiarazioni mendaci:

- Che le informazioni fornite nel presente modulo corrispondono al vero  
 Che i danni indicati sono stati effettivamente subiti dal minorenne e/o dalla famiglia a causa dell'obbligo vaccinale  
 Che la presente richiesta è finalizzata al riconoscimento degli indennizzi da parte dell'**Autorità di Autogoverno del Popolo Veneto per la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo**.

**Luogo e Data:** \_\_\_\_\_

**Firma del genitore/tutore legale:** \_\_\_\_\_

---

## **Sezione 7: Modalità di Liquidazione dell'Indennizzo**

- Accredito su conto corrente bancario
- **IBAN:** \_\_\_\_\_
  - **Intestatario conto:** \_\_\_\_\_
  - **Banca:** \_\_\_\_\_
  - Altra modalità (specificare): \_\_\_\_\_
- 

## **Sezione 8: Riservatezza dei Dati Personalni**

Il/La sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del **Regolamento UE 2016/679 (GDPR)** per le finalità strettamente connesse alla gestione della presente richiesta di indennizzo.

- Acconsento al trattamento dei miei dati personali

**Firma:** \_\_\_\_\_

---

## **Note Finali**

L'Autorità di Autogoverno del Popolo Veneto si riserva il diritto di verificare la veridicità delle dichiarazioni rese e la congruità della documentazione allegata. L'indennizzo richiesto sarà oggetto di valutazione da parte della commissione preposta secondo i criteri stabiliti in conformità con il diritto internazionale e i principi dell'autodeterminazione del Popolo Veneto.

**Consiglio Nazionale Parlamentare del Popolo Veneto autodeterminato**

**Presidente: S. E. Irene Barban**

[parlamentoveneto@statovenetoinautodeterminazione.org](mailto:parlamentoveneto@statovenetoinautodeterminazione.org)



Data: 21 marzo 2025

**Firma:** 

**E-mail di invio del presente documento di denuncia:**

[denunce.vaccinazioni.minori@statovenetoinautodeterminazione.org](mailto:denunce.vaccinazioni.minori@statovenetoinautodeterminazione.org)

**Pubblico Ufficiale di Cancelleria S.E. Pasquale Milella**

**Cancelleria:** Via Silvio Pellico, n.7 - San Vito di Leguzzano (VI)

**Sito Istituzionale:** <https://statovenetoinautodeterminazione.org/>

[statovenetoinautodeterminazione@pec.it](mailto:statovenetoinautodeterminazione@pec.it)

[cancelleria@statovenetoinautodeterminazione.org](mailto:cancelleria@statovenetoinautodeterminazione.org)