



**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
  - ☐ Rosolia
  - ☐ 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 minorenni 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 Personali

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)