

Da presentarsi in carta libera alla Azienda Sanitaria Locale di competenza entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione del giudizio espresso dalla C.M.O. La data di presentazione del ricorso viene attestata dal protocollo della ASL.

Al **Ministro della Sanità**

Ministero della Sanità
Ufficio XV – Legge 210/92
Piazzale dell'Industria, 20
ROMA

Per il tramite della
Azienda Sanitaria Locale
della provincia _____
Via _____

Pratica n°

Ricorso al Ministro della Sanità ai sensi dell'articolo 5 della L. 210/92 e dell'articolo 123 comma 1 del D.lgs. 112/98 avverso il giudizio della commissione medico ospedaliera di cui all'articolo 4 della L. 210/92 in materia di indennizzi a favore di soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati di cui alla l. 210/92, presentato ai sensi dell'articolo 1 comma 1 lett. j) della l.r. 3/2001 all'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di

Il sottoscritto,
nato a prov. ..., il/...../.....,
residente aprov. cap
Via N.
tel.....fax, C.F. |...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|

in qualità di: diretto interessato
 esercente la potestà genitoriale o la tutela (ai sensi dell'articolo 346 del C.C.) di
(cognome nome)
nato a prov. ..., il|.....|.....
C.F. |...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|

RICORRE

al Ministro della Sanità per il tramite della suddetta ASL della Provincia di
avverso il giudizio espresso dalla C.M.O. con verbale n.
.... del| | e notificato dalla ASL con lettera prot. del| | e
ricevuta dal sottoscritto in data| |

Motivi del ricorso : *(l'indicazione dei motivi è elemento essenziale del ricorso)*

Documentazione allegata a supporto del ricorso *(se necessaria):*

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

La documentazione agli atti della ASL verrà trasmessa al Ministero della Sanità dalla stessa.

....., il
(luogo) (data) FIRMA DEL RICORRENTE (leggibile e per esteso)