7.

MODELLO PER RICORSO

Da presentarsi in carta libera al Ministero della salute e, in copia, 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.

Ministro della salute
Ministero della Salute
Ufficio XV - Legge 210/92
piazzale dell'Industria, 20
ROMA

Azienda sanitaria locale
via .....
.....

Pratica n. .....

Ricorso al Ministro della salute 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.

Il sottoscritto .....
nato a .....prov. ..., il ...../...../.....,
residente a ..... prov. ..... 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 salute avverso il giudizio espresso dalla C.M.O. .....
con verbale n. ..... del ....|....|...., 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 salute dalla stessa.

....., lì |___|___|___| .....
(luogo) (data) (firma estesa leggibile)