

Da presentarsi **in carta libera** alla Azienda Sanitaria Locale di competenza (ASL AL) **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 MINISTERO DELLA SALUTE

**Dipartimento della
Programmazione e
dell'Ordinamento del SSN**

**UFFICIO VIII° EX DGPROG-
ATTIVITA'
AMMINISTRATIVA L.210/92
RICORSI**

VIALE G. RIBOTTA n. 5

00144 R O M A

Per il tramite della

ASL AL

della provincia di

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 presentato all'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di

Il sottoscritto.....,

nato a.....prov., il/...../.....,

residente a.....prov.....cap.....

Via.....N.....

tei.....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|.....|.....

RICORRE

al Ministro della Salute per il tramite della suddetta ASL AL 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 datal |

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 dell' ASL AL verrà trasmessa al Ministero della Salute dalla stessa.

(luogo)

(data)

FIRMA DEL RICORRENTE (leggibile e per esteso)