

Da presentarsi in carta libera alla Azienda Sanitaria Locale di Viterbo 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 A.U.S.L.

Al Ministero della Salute
Direzione Generale della Vigilanza sugli Enti e
della Sicurezza delle Cure (DGVESC)
Ufficio 4 – Indennizzi L. 210/92
Viale Giorgio Ribotta, 5 00144 Roma

Per il tramite della
Azienda Unità Sanitaria Locale Viterbo
Via Enrico Fermi, 15
01100 Viterbo

Pratica n° _____

Ricorso al Ministero 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 Medica 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, trasfusione 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 Unità Sanitaria Locale di Viterbo.

Il sottoscritto _____

nato a _____ prov _____ il |____|____|____|

residente a _____ prov. _____ cap _____

Via _____ n° _____

recapito telefonico _____ fax _____

C.F. |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

in qualità di : diretto interessato
 esercente la potestà genitoriale o la tutela (ai sensi dell'art. 346 del C.C.) di

(Cognome e nome) _____

nato a _____ prov _____ il |____|____|____|

C.F. |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

RICORRE

al Ministero della Salute per il tramite della suddetta AUSL di Viterbo avverso il giudizio espresso dalla C.M.O. di _____ con verbale n° _____ del |____|____|____| e

notificato dalla A.U.S.L. con lettera r.r. prot. n° _____ 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 AUSL verrà trasmessa al Ministero della Salute dalla stessa.

_____ il _____
(luogo) (data) Firma del ricorrente (leggibile e per esteso)