Al Ministro della Salute
Ufficio VIII – Legge 210/92
Piazzale dell'Industria, 20
ROMA
Per il tramite della
AZIENDA ZERO
Corso del Popolo n. 4
35131 - PADOVA

Ricorso al Ministro della Sanità ai sensi dell'articolo 5 della L. 210/92 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 Zero.

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 per il tramite della suddetta Azienda Zero avverso il giudizio espresso dalla C.M.O. …… con verbale n. …… del ……| …… | ……

e notificato dal …… 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 Azienda Zero verrà trasmessa al Ministero della Salute dalla stessa.

……, il …… ……

(luogo) (data) FIRMA DEL RICORRENTE (leggibile e per esteso)