

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)