

DOMANDA DI AGGRAVAMENTO

Azienda USL di.....

Direzione Sanitaria
Via.....n...
.....

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25 febbraio 1992, il sottoscritto/a.....

.....in qualità di:

diretto interessato

esercente la patria potestà/tutore di.....

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

chiede di ottenere il riconoscimento di aggravamento ai sensi dell'art. 6 della predetta legge.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 e 47 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/00 in caso di dichiarazioni false e mendaci, il/la sottoscritto/a

DICHIARA

di essere nato/a a..... prov..... il.....;

di essere residente in..... prov.....;

Via..... n. civico..... telefono.....;

che ha inoltrato domanda di indennizzo ai sensi dell'art. 1, legge 25 febbraio 1992, n. 210 con il seguente esito finale:

.....
che ha avuto conoscenza dell'aggravamento in data.....;

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di voler e ricevere ogni comunicazione inerente la pratica al seguente indirizzo e di comunicare eventuali variazioni dello stesso:

.....

.....

....., li.....
(data)

.....
(firma)

Documenti allegati:

Tutta la documentazione sanitaria (cartelle cliniche, certificati medici, esami di laboratorio) che comprovino l'aggravamento della patologia.