

ALL'AZIENDA U.S.L. DI FERRARA  
UFFICIO DEL REFERENTE UNICO  
AZIENDALE PER LA L. 210/92  
Via A. Cassoli 30  
44100 FERRARA

**OGGETTO: RICHIESTA INDENNIZZO EX ART. 6 COMMA 1 L. 210/92  
(AGGRAVAMENTO)**

Io sottoscritto

\_\_\_\_\_

in qualità di soggetto danneggiato irreversibilmente da somministrazioni di emoderivati e conseguente infezione da HCV – Epatite Cronica, come risulta  dal verbale CMO di Bologna del \_\_\_\_\_ /  dal verbale CMO di Padova del \_\_\_\_\_, ai sensi art. 46 e 47 DPR n. 445 del 28/12/2000 e consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del citato DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni false e mendaci, dichiaro di essere

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**PRESENTO**

alla competente ASL di Ferrara – Ufficio Speciale Legge n. 210/92 domanda **per la corresponsione dell'indennizzo per aggravamento** previsto dalla sopraccitata normativa, allegando e producendo documentazione comprovante il mio stato di salute peggiorato, ed in particolare:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

data

\_\_\_\_\_

firma