

Protocollo numero ..... Del

Al Direttore Generale  
ASL Roma 2  
Via M. Brighenti, 23  
00159 Roma

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25.2.92 n.210,

il/la 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 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,

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 L.210/92 con il seguente esito finale:  
.....;
- che ha avuto conoscenza dell'aggravamento in data .....

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

.....  
.....

....., lì .....  
(data)

.....  
(firma)

**Elenco dei documenti da allegare :**

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

|\_| copia referti, esami ematochimici e strumentali \_\_\_\_\_  
|\_| \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a DICHIARA altresì di voler ricevere ogni comunicazione in merito al seguente indirizzo:

Via/P.zza \_\_\_\_\_ N° |\_|\_|\_| C.A.P. |\_|\_|\_|\_|\_|

Città \_\_\_\_\_ (|\_|\_|) – tel. \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare ogni variazione dei dati forniti.

Roma il |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

**Dichiaro di avere preso visione del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.**

Roma il |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)