



notificato dal..... in data .....| .... | ..... 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 dell'U.L.SS. N. 6 verrà trasmessa al Ministero della Sanità dalla stessa.

---

Luogo e data

---

Firma del ricorrente  
*(leggibile e per esteso)*