



\_\_\_\_\_

con verbale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e notificato dal \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_

**Motivi del ricorso : (l'indicazione dei motivi è elemento essenziale del ricorso):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Documentazione allegata a supporto del ricorso:**

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

La documentazione agli atti della Azienda Ausl di Ferrara verrà trasmessa al Ministero della Salute dalla stessa.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

(luogo) (data)

---

FIRMA DEL RICORRENTE (leggibile e per esteso)