

## DOMANDA DI AGGRAVAMENTO

Alla Regione Toscana  
Dipartimento del Diritto alla e delle  
Politiche di Solidarietà  
"Settore Affari Generali"  
Via Taddeo Alderotti, 26/n  
50139 FIRENZE

**per il tramite dell'Azienda USL n. di  
U.O. Medicina Legale**

Via                    n.  
CAP                    Città

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.