

CERTIFICAZIONE DI DIAGNOSI DI MALATTIA RARA AI FINI DEL RICONOSCIMENTO DEL DIRITTO ALL'ESENZIONE

(Rilasciata dal Presidio di rete individuato con Delibera di Giunta Regionale, ai sensi del D.M. Sanità n. 279/2001)

_____ (Intestazione dell'Ente)

_____ (Codice dell'Ente)

Si certifica che

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___ Luogo di nascita _____

Sesso _____ Indirizzo _____

Codice fiscale _____

N. tessera sanitaria _____

è affetto dalla seguente patologia

(Descrivere la patologia come riportato nell'Allegato 7 del DPCM 12.1.2017)

contraddistinta dal seguente Codice di esenzione

(Riportare il Codice di cui all'Allegato 7 del DPCM 12.1.2017)

Luogo _____

Data ___/___/___

Timbro e firma del Medico
