

**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
