Allegato "A"
di cui alla Circolare A.Re.S.
n° 1571 del 1 Aprile 2005

Regione Puglia

(Intestazione del centro)

.....

Presidio di rete di cui all' art. 2, comma 2, e art. 5, commi 1, 2, 3, 4 del Decreto Ministero Sanità 18 maggio 2001, n. 279 "Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, ai sensi dell'art.5, comma 1, lettera b) del Decreto Legislativo 29 aprile 1998, n. 124" individuato con D.G. della Regione Puglia n° 2238 del 23 dicembre 2003 (BUR n° 5 del 14 gennaio 2004)

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

Si certifica che

Cognome ..... Nome .....

Data di nascita ...../...../..... Luogo di nascita.....

Indirizzo .....

Codice Fiscale o numero della tessere sanitaria (ove adottato)

è affetto dalla seguente patologia

(Descrivere la patologia come riportato nell'elenco di cui all'Allegato n.1 del D. M. 279/01).

.....

contraddistinta dal seguente Codice di esenzione

(riportare il Codice di cui all'Allegato n.1 del D. M. 279/01).

R					

Luogo ....., **data** ...../...../.....

Timbro con n° regionale
e firma del Medico

.....

la presente certificazione è rilasciata in triplice copia di cui una per il paziente, una per il medico curante (Medico di Medicina di Base o Pediatra di Libera Scelta) ed una per il proprio distretto che rilascerà il prescritto attestato di esenzione.

"A.Ma.R.A.M." – "Associazione Malattie Rare dell'Alta Murgia Onlus"