

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

(Rilasciata dal 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. Regione Lombardia, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 5, comma 4, del Decreto medesimo)

(Intestazione del Presidio della rete)

Si certifica che

Cognome _____ **Nome** _____

Data Nascita ____ / ____ / ____ / **Luogo di Nascita** _____

Indirizzo _____

Codice Fiscale _____

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 codice di cui all'Allegato n° 1 del D.M. 279/01)

Prestazioni specialistiche ambulatoriali con diritto di esenzione

(riportare Codice del Nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale D.G.R. n° 196/98)

_____, _____

Data ____ / ____ / ____

Timbro e firma del Medico della rete
