

Allegato A

**REGIONE CALABRIA  
RETE REGIONALE DELLA CALABRIA PER LE MALATTIE RARE**

**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.S, comma 1, lettera b) del Decreto Legislativo 29 aprile 1998, n. 124", individuato con D. G. Regione Calabria ai sensi e per gli effetti di cui all'art.S, comma 4, del Decreto medesimo)

\_\_\_\_\_  
(Intestazione dell'Ente)

**Si certifica che**

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

Data di 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 dei D. M. 279/01).

.....  
.....

**contraddistinta dal seguente Codice di esenzione**

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

.....

Luogo ..... data

Timbro e firma del medico

