

**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, ed all'art. 5, commi 1, 2, 3 e 4 del DM n. 279 del 18.05.2001 : "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 DLgs 29 aprile 1998, n. 124", individuata con delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna.

.....
(Intestazione dell'Ente)

Si certifica che

Cognome Nome

Data di nascita Luogo

Indirizzo

N. tessera sanitaria

È portatore della seguente patologia

(descrivere la patologia come riportata nell'elenco di cui all'Allegato 1) del DM n.
279/2001)

.....
.

contraddistinta dal codice di esenzione

(riportare il codice di cui all'Allegato 1) del DM n. 279/2001)

.....

Luogo, Data

Timbro e firma del Medico del Presidio