



Azienda Sanitaria/Centro di Riferimento regionale/U.O. _____

individuato con D.A. 12 Novembre 2001, pubblicato sulla GURS n.60 del 14/12/2001

CERTIFICAZIONE PER L'EROGAZIONE DEI PRESIDI DIETETICI

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome e Nome _____ C.F.: _____

Nat. a _____ Il _____

Residente a _____ Via _____

AUSL di appartenenza _____

DATI SANITARI

Diagnosi (inserire una breve descrizione clinica della patologia) _____

Codice malattia rara _____

Presidi dietoterapeutici

fabbisogno mensile

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Data successivo controllo _____

La terapia dietetica prescritta è indispensabile per mantenere un buon controllo metabolico della malattia.

Il presente certificato viene rilasciato per la fornitura gratuita degli alimenti speciali da parte del SSN, come previsto dal D.M. 01/7/82 col segue aggiornamento del 18/5/01, D.M. n. 279 che regola la malattia rara (art. 5 G.U. n. 160 del 12/7/01 suppl. ord. n. 180/L9 e successive modifiche e ai sensi del D.M. 8 giugno 2001.

Data _____

Timbro e Firma
del Medico Prescrittore