

ALLEGATO 1

REGIONE MARCHE

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

(Rilasciato dal Presidio di Rete di cui all'art. 2 comma 2 e art. 5, commi 1, 2, 3, 4 del DM 18 Maggio 2001, n°279
"Regolamento istituzionale della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo
delle relative prestazioni sanitarie")

SI CERTIFICA CHE:

Nome e Cognome: _____

Data di nascita: _____

Comune di nascita: _____

Provincia: _____

CAP: _____

Indirizzo: _____

Codice Fiscale: _____

E' AFFETTO DALLA SEGUENTE PATOLOGIA:

(Descrivere la patologia come riportata nell'elenco allegato n°1 del DM 279/2001)

contraddistinta dal seguente CODICE di esenzione:

(riportare il codice di cui all'allegato n°1 del DM 279/01)

Luogo _____ Data _____

Firma Medico _____