

**CERTIFICAZIONE SANITARIA PER L'ESENZIONE  
DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA PER MALATTIE RARE**

(DM Sanità 18.05.2001 n. 279)

da consegnare allo sportello Uffici Anagrafe Sanitaria del Distretto Sanitario di appartenenza e  
presentarsi con la Tessera Sanitaria cartacea

Unità Operativa \_\_\_\_\_

Per le finalità indicate dal D.M. n.279/2001

**SI CERTIFICA**

che il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ CRA \_\_\_\_\_

è affetto/a dalle seguenti patologie, ricomprese nell'Elenco delle malattie rare facente  
parte del Decreto del Ministero della Sanità 18 maggio 2001 n. 279:

\_\_\_\_\_  
codice identificativo

\_\_\_\_\_  
definizione malattia

\_\_\_\_\_  
codice identificativo

\_\_\_\_\_  
definizione malattia

\_\_\_\_\_  
codice identificativo

\_\_\_\_\_  
definizione malattia

Data \_\_\_\_\_

timbro della Struttura

timbro e firma dello specialista

\_\_\_\_\_