

**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
