

**CERTIFICAZIONE SANITARIA PER L'ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA
SPESA PER MALATTIE CRONICHE ED INVALIDANTI (DM 329/99)**

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.329/99,

SI CERTIFICA

che il Sig./la Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

via _____ CRA _____

è affetto/a dalle seguenti patologie:

_____|_____|_____|_____|
codice patologia codice ICD-9-CM

patologia _____

_____|_____|_____|_____|
codice patologia codice ICD-9-CM

patologia _____

_____|_____|_____|_____|
codice patologia codice ICD-9-CM

patologia _____

_____|_____|_____|_____|
codice patologia codice ICD-9-CM

patologia _____

Data _____

timbro della Struttura

timbro e firma dello specialista

Note per la compilazione:

- compilare in stampatello
- per i pazienti in dimissione da Struttura Ospedaliera utilizzare le etichette della cartella clinica
- la visita è usufruibile in esenzione solo se espressamente previsto dalla vecchia tessera sanitaria già rilasciata al paziente in base al DM 01.02.91.