



RICHIESTA DI ESENZIONE PER PATOLOGIA E MALATTIE GRAVI

All. n. 3
Rev.
del ____/____/
Pag. 1

RICHIESTA DI ESENZIONE PER PATOLOGIA E MALATTIE RARE
(D.M. 279/2001 – D.Lgs 124/1998 – DGRT 90/2009)

Io sottoscritto/a
 nato/a a: () il / /
 cittadinanza C.F.
 residente a Via n°
 telefono E-mail:

CHIEDO

ai sensi della vigente normativa, il rilascio dell'attestato di esenzione da pagamento del ticket.

Sono consapevole che i dati forniti direttamente dall'utente sono tutelati dal D.Lgs. 196/2003 e pertanto saranno utilizzati per la sola ed esclusiva fornitura di prestazioni e/o servizi dallo stesso richiesti, garantendo la sicurezza e riservatezza dei dati stessi.

ALLEGRO

- CERTIFICAZIONE SPECIALISTICA

N.B: in caso di Malattia Rara, la certificazione idonea, deve essere rilasciata da una delle strutture riconosciute dalla Regione come presidio di riferimento per quella malattia.

Data / /

firma del richiedente _____

N.B: Esenzione per patologia

Qualora la certificazione riporti solo la diagnosi della patologia e non la codifica dell'esenzione oppure nel casi in cui sia presentata una idonea documentazione sanitaria*, è necessario che l'esenzione venga codificata dal Medico de Distretto

Parere del Medico del Distretto

Vista la documentazione prodotta ai sensi della vigente normativa si attesta che l'interessato ha diritto a beneficiare dell'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria in quanto affetto dalla seguente

PATOLOGIA

CODICE GRUPPO SOTTOGRUPPO

Data INIZIO PATOLOGIA _____

DATA SCADENZA _____

(timbro e firma del Medico)

** idonea documentazione sanitaria:*

- certificazione rilasciata da struttura pubblica e dagli Istituti ed Enti di cui all'art. 4, comma 12 del D.Lgs 502/92 o da Istituzioni sanitarie pubbliche di paesi Comunitari;
- cartella clinica rilasciata dalle strutture di cui sopra;
- verbale di invalidità rilasciato dall'INPS, INAIL o dalle Commissioni Mediche Militari;
- Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)