

**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.*

**ALLEGO**

- 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 nei casi in cui sia presentata una idonea documentazione sanitaria\*, è necessario che l'esenzione venga codificata dal Medico di 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (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)