

**CERTIFICAZIONE ESENZIONE TICKET PER MALATTIA**  
( da compilare a cura del Medico Specialista della ASL e da riconsegnare  
alla sede erogativa di appartenenza unitamente all'istanza  
di esenzione ticket per malattia)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_

Medico Curante Dr. \_\_\_\_\_

AFFETTO DA:

COD. MALATTIA

COD. IDENTIFICATIVO

AFFETTO DA:	COD. MALATTIA			COD. IDENTIFICATIVO				

Data \_\_\_\_\_

IL MEDICO SPECIALISTA  
(Timbro e Firma)