



ALLEGATO 2

Modello di certificazione di diagnosi di Malattia Rara ai fini del riconoscimento del Diritto all'Esenzione (da trasmettere per via telematica al Registro Regionale)

Rilasciata dal Presidio della Rete ai sensi dell'art. 2, comma 2, ed dell'art. 5, commi 1, 2, 3 e 4 del DM n. 279 del 18.05.2001: "Regolamento di istituzione della Rete nazionale delle Malattie Rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, ai sensi dell'art. 5, comma 1, lettera b) del DLgs 29 aprile 1998, n. 124"; e dell'art. 52 del DPCM 12.01.2017: "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

Ente: _____

Data: _____ Luogo: _____

Si certifica che

Nome: _____ Cognome: _____

Data e luogo di nascita _____

Comune e indirizzo di residenza _____

Codice fiscale: _____

È portatore della seguente patologia

(descrivere la patologia come riportata nell'elenco di cui all'Allegato 7 del DPCM 12.01.2017)

Contraddistinta dal codice di esenzione

(riportare il codice corrispondente di cui all'Allegato 7 del DPCM 12.01.2017)

Timbro e firma del Medico Responsabile
del Presidio di Rete

