



Azienda Sanitaria Provinciale di Messina

Via Giuseppe La Farina, n.263/n – 98123 Messina
P.I. 03051870834

Ai fini del riconoscimento del diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie (Ticket), incluse nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, per le condizioni di malattie croniche ed invalidanti, ai sensi di quanto previsto dal regolamento di cui al D.M. 28 maggio 1999, n.329 e successive modificazioni ed integrazioni

Il/la sottoscritto/a Medico di Medicina Generale

Codice regionale n.

.....

.....

CERTIFICO (1)

che il/la Signor/a

.....

.....

nato/a

data di nascita

.....

.....

residente a (2)

provincia

.....

.....

via

numero

.....

.....

Codice Fiscale

.....

è affetto/a dalla/e seguente/i patologia/e (3)

.....

.....

.....

identificato/a dal/i Codice/i di esenzione/i ICD9CM (3)

.....

Data di insorgenza della Patologia (solo per pat. Neoplastiche)

Luogo e data del rilascio

Timbro e Codice Regionale del Medico

Firma leggibile del Medico

.....

.....

- (1) Ai SENSI DELL'ART.8 COMMA 9, DEL d.a. 12.01.2004, solamente il MMG, che ha in carico l'assistito, può redigere tale certificazione.
- (2) L' assistito avente diritto deve essere residente nel territorio di competenza dell'ASP di Messina e risultare regolarmente iscritto nell'elenco del MMG che redige tale certificazione, la quale, pena la validità, deve essere compilata debitamente in ogni sua parte.
- (3) Attestare, pena la validità della certificazione, la/e patologia/e in maniera chiara e coerente con le definizioni riportate nell'elenco del Regolamento delle Malattie Croniche ed Invalidanti, e specificare, ove possibile, anche il Codice di esenzione completo per come indicato nel medesimo elenco per ogni singola patologia esentabile.