CERTIFICAZIONE

Esenzione dalla partecipazione alla spesa per patologia cronica

(DM 329/99 – ACCORDO AZIENDALE 2008)
D.G.R. VIII/8501 del 26/11/2008
D.G.R. VIII/1185 del 20/12/2013

Si certifica che il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

C.F.

Residente in _____ via _____

Tel. _____ cell. _____

sulla base dei dati clinico-anamnestici raccolti e della documentazione sanitaria disponibile, risulta affetto da

……..

pertanto si propone, a suo favore il rilascio dell'attestato di esenzione.

Inserire croce nella/le casella/e del caso

	013.250	**Diabete mellito**
	031.401	**Ipertensione essenziale senza danno d'organo**
	031.401	**Ipertensione essenziale con danno d'organo**
	031.402	**Cardiopatia ipertensiva con danno d'organo**
	031.403	**Nefropatia ipertensiva con danno d'organo**
	031.404	**Cardionefropatia ipertensiva con danno d'organo**

In fede.

_____ _____

Luogo e data Timbro e firma del medico

Da consegnare a cura dell'assistito agli sportelli di Scelta/Revoca del proprio Distretto.

Acconsento alla trasmissione dei dati sopra riportati alla ATS Città Metropolitana di Milano

_____

Firma del paziente