



MODULO CERTIFICAZIONE DIAGNOSI MALATTIA RARA

(DM 279/2001; DPCM 12/01/2017; DGRT 176/2017; DGRT 962/2017)

PRESIDIO CERTIFICATORE RETE REGIONALE MALATTIE RARE:

ASSISTITO (CODICE A BARRE)

Cognome e Nome:			
Sesso:		Data Nascita:	____/____/____
Cod. Fiscale:			
Azienda:			
Regione:		Provincia:	
Medico curante:			

MALATTIA RARA

Malattia:			
Codice esenzione:		(ID RTMR:_____)	
Data certificazione diagnosi:	____/____/____	modulo stampato il	_____

COGNOME E NOME del MEDICO: _____ CODICE FISCALE: _____

FIRMA DEL MEDICO: _____

PROTOCOLLO:



DOCUMENTO PER IL PAZIENTE

*Questo modulo firmato dal medico deve essere consegnato al proprio distretto di residenza
ai fini del rilascio dell'attestato di esenzione per patologia rara*



Questo documento non è riproducibile e può essere emesso solo attraverso il Registro Toscano Malattie Rare che garantisce che il presidio
certificatore è presidio accreditato della Rete regionale toscana per le malattie rare ai sensi della normativa nazionale e regionale in
materia (DM 279/2001; DPCM 12/01/2017; DGRT 176/2017; DGRT 962/2017).

L'elenco completo e aggiornato dei presidi della rete regionale toscana è consultabile su www.malattierare.toscana.it