



**RegioneLombardia**

## **CERTIFICAZIONE DI DIAGNOSI DI MALATTIA RARA AI FINI DEL RICONOSCIMENTO DEL DIRITTO ALL'ESENZIONE**

(Rilasciata dal Presidio di rete di cui all' art. 2, comma 2, e art. 5, commi 1, 2, 3, 4 del Decreto Ministero Sanità 18 maggio 2001, n. 279 " 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 Decreto Legislativo 29 aprile 1998, n. 124", individuato con D. G. Regione Lombardia, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.5, comma 4, del Decreto medesimo)

.....  
(Intestazione dell'Ente)

### **Si certifica che**

Cognome..... Nome.....

Data di nascita ...../...../..... Luogo di nascita.....

Indirizzo.....

N. tessera sanitaria.....

### **è affetto dalla seguente patologia**

(Descrivere la patologia come riportato nell'elenco di cui all'Allegato n.1 del D. M. 279/01).

Craniosinostosi primaria  
.....

### **contraddistinta dal seguente Codice di esenzione**

(riportare il Codice di cui all'Allegato n.1 del D. M. 279/01).

RNG040  
.....

**Luogo** .....,

**data** ...../...../.....

**Timbro e firma del Medico**

.....