



Regione Lazio

OSPEDALE _____
DIPARTIMENTO _____
CLINICA _____
UNITA' OPERATIVA _____
CENTRO DI RIFERIMENTO _____
SERVIZIO _____
POLIAMBULATORIO _____
DSM _____

CERTIFICAZIONE

Ai sensi dell'art. 4 comma, 1 del Decreto Ministero Sanità 28 maggio 1999, n. 329 "Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 12-4", come modificato dal decreto ministeriale 21 maggio 2001, n. 296 "Regolamento di aggiornamento del decreto ministeriale 28 maggio 1999, n.329....."

Si certifica che il Sig./la sig.ra _____
(cognome) (nome)

Nato/a _____ il _____

è affetto dalla seguente patologia

(Descrivere la patologia come riportato nell'elenco di cui all'Allegato 1 II parte del D.M. 329/99 come modificato dal D.M. 296/2001)

(n.b. in caso di IPERTENSIONE ARTERIOSA specificare obbligatoriamente CON DANNO D'ORGANO quando presente, in riferimento alle Linee Guida dell'O.M.S.)

Contraddistinta dal codice

(Riportare il Codice di cui all'Allegato I — II parte del D.M. 329/99 come modificato dal D.M. 296/2001)

____/____/____/____/____/____/____/____
(Codice di esenzione)

____/____/____/____/____/____/____/____
(Codice di esenzione)

Data _____

(Timbro e firma leggibile del Medico Specialista)