

Prot. n. _____

Il _____

**Al Direttore Sanitario
Della ASL BT**

Oggetto: Istanza per la concessione in forma gratuita di trattamenti farmacologici e non Extra LEA a paziente affetto da Malattia Rara

Il/la sottoscritto/a Dott. _____, medico specialista in _____,
in qualità di Dirigente Medico della U.O. _____ del P.O. di
_____, Presidio Centro di Riferimento della Malattia Rara _____

_____ cod. MR _____ **SI** **NO**

DICHIARA

che il paziente _____ (cognome, nome) nato a _____
il _____ Residente nel comune di _____
recapito telefonico _____ è
affetto da _____ Cod. esenzione MR _____
come da Programma Terapeutico Personalizzato rilasciato dal Presidio della rete nazionale Malattie
Rare

CHIEDE

l'erogazione in forma gratuita del/i trattamento/i non ricompreso/i nei Livelli Essenziali di Assistenza nazionali considerati ESSENZIALI e INSOSTITUIBILI per la condizione specifica del paziente come da relazione clinica e bibliografia a supporto allegate, dei seguenti prodotti:

(firma del medico
richiedente)

(firma del responsabile
UU.OO.)

(firma del Responsabile Farmacista del P.O.)