



ASL BT

PugliaSalute

**AZIENDA  
UNITA' SANITARIA LOCALE BT**

**ISTANZA PER LA CONCESSIONE IN FORMA DIRETTA DI FARMACI  
E PRODOTTI EXTRA LEA A CARICO DEL SSN PER I MALATI RARI  
(DM 279 /2001 e s.s.m.)**

**AL DIRETTORE SANITARIO  
della ASL BT**

**Per il tramite  
del DSS N. \_\_\_\_\_**

La/Il sottoscritto/a Sig.ra/Sig. .... in qualità di assistita/o  
(e/o tutore/amministratore di sostegno di.....), nato a  
.....il.....Residente nel comune di.....alla  
Via.....

**DICHIARA**

Che è affetto da ..... Cod. esenzione MR .....

Come da Piano Diagnostico/Terapeutico rilasciato dal Centro Malattie Rare di  
....., inserito nella piattaforma informativa regionale Malattie Rare Si.Ma.R.R.P.,  
con la dichiarazione che i prodotti nel PTP/PDT sono ritenuti indispensabili e non sostituibili e,  
pertanto

**CHIEDE**

l'erogazione in forma diretta dei prodotti .....  
.....  
presso la Farmacia territorialmente competente con costi a carico del SSN.

.....li.....

In fede

( Firma ) \_\_\_\_\_