

ALLEGATO 1

ISTANZA PER LA CONCESSIONE IN FORMA DIRETTA DI FARMACI E PRODOTTI A CARICO DEL SSN PER I MALATI RARI (elenco MR dell'Allegato 7 DPCM nuovi LEA 12 gennaio 2017)

Al Direttore Sanitario
ASL.....
Per il tramite del DSS di.....

Il sottoscritto Sig.in qualità di assistito (e/o tutore/amministratore di sostegno di.....) nato ail.....
Residente nel comune di.....alla via.....

DICHIARA

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

Come da piano diagnostico/terapeutico rilasciati dal PRN di.....con la dichiarazione che sono ritenuti indispensabili e non sostituibili e, pertanto

CHIEDE

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

.....li.....

In fede

(Firma)