

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 a
.....il.....
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)