

SI CERTIFICA CHE

Ai sensi dell' art. 4, comma 1 del D. Min. Sanità 28 Maggio 1999 "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. 124", come modificato dal Decreto Ministero sanità 21 maggio 2001, n. 296"Regolamento di aggiornamento del decreto ministeriale 28 maggio 1999, n. 329...", nonché ai sensi dell'accordo aziendale per la definizione delle modalità di partecipazione dei medici di medicina generale al programma delle attività per l'anno 2008

Il/la sig./sig.ra _____, nato a _____

il __/__/____, residente a _____, via _____ n.____

E' AFFETTO DALLA SEGUENTE PATOLOGIA:

✓ 013

per la quale può essere rilasciata la relativa esenzione, con scadenza illimitata.

_____/_____/_____/_____

Timbro e firma del medico
