



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) _____