

*Allegato 2*

**CERTIFICAZIONE PER IL RICONOSCIMENTO DEL DIRITTO ALLA ESENZIONE DALLA APPLICAZIONE AL COSTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE (TICKET)**

In applicazione al Decreto ministeriale 28 maggio 1999, n. 329 s.m.i. e al DPCM 12 Gennaio 2017

Unità Operativa \_\_\_\_\_



(timbro Unità Operativa)

Ai sensi di quanto previsto dal D.M. 28/05/1999 n. 329 e dal DPCM 12/1/2017, per l'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie (ticket), si certifica che:

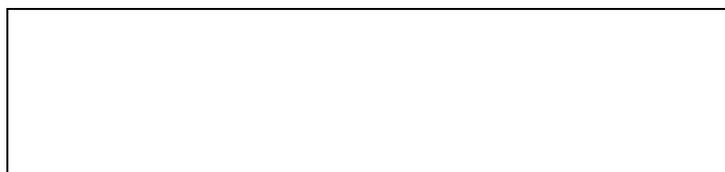
Il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

E' affetto/a da malattia o condizione identificata dal seguente codice di esenzione:



Codice esenzione – ICD-9-CM

\_\_\_\_\_  
Il Medico Specialista (timbro e firma)

Modena, \_\_\_\_\_