Carta intestata del Medico

Allegato 38

Alla ASST _____

ATTESTATO DI ESENZIONEDALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA

PER PATOLOGIA CRONICA

Si certifica che il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

C.F. _____ Residente in _____

via _____

sulla base dei dati clinico-anamnestici raccolti e della documentazione sanitaria

disponibile, risulta affetto da _____

codice esenzione _____ .

Pertanto si propone, a suo favore, il rinnovo dell'attestato di esenzione.

Luogo e data _____

In fede

Timbro e firma del medico

_____

Da consegnare a cura dell'assistito agli sportelli di Scelta/Revoca