



AZIENDA SANITARIA LOCALE N.2 LANCIANO - VASTO - CHIETI

Distretto di _____ORTONA_____

**CERTIFICAZIONE RILASCIATA PER FORME MORBOSE INDIVIDUATE DAL D.M.S. n°329 DEL 28 MAGGIO 1999
e successive modifiche e integrazioni (Decreto Ministeriale del 23/11/2012 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° dell'08/02/2013)**

Cognome e nome _____ Nato a _____

il _____ Residente in _____ via _____

CODICE FISCALE _____ Medico Curante Dr. _____

DEFINIZIONE MALATTIA affetto da	Cod. Patologia ESENZIONE				Cod.ICD 9-CM MALATTIA					VALIDITA'

Data _____

Timbro e firma del Medico Specialista

**N.B. CERTIFICAZIONE DA CONSEGNARE AL DISTRETTO SANITARIO
DI APPARTENENZA PER OTTENERE LA TESSERA DI ESENZIONE**