

Oggetto:

Rete regionale delle malattie rare: indicazioni per il rilascio dell'attestato di esenzione

Decreto N° 1737 del 29 Marzo 2005

**PRESIDIO DI RETE - AUSL 11**  
**Unità Operativa Complessa di Neurologia**  
**Dr. Marco Macucci**  
**Telefono: 0571-705287**  
**e-mail: m.macucci@usl11.tos.it**

Nome.....Cognome.....  
 Codice fiscale dell'assistito: .....  
 Sesso:  
 A.USL di appartenenza dell'assistito..... Provincia:.....  
 Regione: .....  
 Medico Curante <sup>(1)</sup> : \_\_\_\_\_

Diagnosi: \_\_\_\_\_  
 Codice esenzione: \_\_\_\_\_  
(allegato n. 1 al Decreto n. 279 del 18 Maggio 2001 e successive integrazioni)  
 Formulata in data: \_\_\_\_\_  
 Programma terapeutico

Farmaco	Forma farmaceutica	Posologia

Durata prevista del trattamento<sup>(2)</sup>: \_\_\_\_\_  
 Posologia totale: \_\_\_\_\_  
 Prima prescrizione:                       prosecuzione della cura:   
 Data: \_\_\_\_\_  
 Firma del responsabile