

**CERTIFICATO MEDICO SPECIALISTICO PER IL RIMBORSO SPESE FORFETTARIO IN
FAVORE DI SOGGETTI AFFETTI DA DISPLASIA ECTODERMICA**
(Assistenza sanitaria aggiuntiva. – Prestazione n. 12)

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa _____ in qualità di medico specialista dichiaro di avere in cura il/la Signor/a _____ nato/a a _____ il _____ affetto/a da:

DISPLASIA ECTODERMICA

DICHIARO

- che il paziente è seguito a domicilio
- che la presente certificazione, in originale viene trattenuta nell'unità operativa di _____ Struttura Ospedaliera/ambulatoriale denominata _____ e inviata all'Ufficio preposto tramite mail:ufficioassistenzaaggiutiva@apss.tn.it
- che la presente certificazione, in originale verrà inviata direttamente dallo Scrivente, all'Ufficio Assistenza Aggiuntiva -CSS- Viale Verona Palazzina B – 38123 TRENTO
- che la certificazione in originale è stata consegnata al paziente.

In fede.

Data _____

Timbro e firma per esteso (leggibile)



OHSAS 18001:2007