

**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