

Regione Lombardia

.....
(Intestazione dell'Ente)

CERTIFICAZIONE

ai sensi dell'art. 4, comma 1 del Decreto Ministero Sanità 28 maggio 1999, n. 329 "Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124", come modificato dal Decreto Ministero Sanità 21 maggio 2001 n.296 "Regolamento di aggiornamento del decreto ministeriale 28 maggio 1999, n. 329,"

Si certifica che il/la sig.

nato/a a..... in data/...../.....

È affetto dalla seguente patologia

(Descrivere la patologia come riportato nell'elenco di cui all'Allegato 1 – II parte del D. M. 329/99 come modificato dal D.M. 296/2001).

.....
(N.B.: In caso di IPERTENSIONE ARTERIOSA specificare obbligatoriamente CON DANNO D'ORGANO quando presente, in riferimento alle Linee Guida dell'O.M.S.)

Contraddistinta dal Codice

(riportare il Codice di cui all'Allegato 1 – II parte del D. M.329/99 come modificato dal D.M. 296/2001)

.....
(Cod. progressivo) (Cod. I.C.D. 9 – C.M.)

Luogo, data/...../.....

Timbro e firma del Medico

.....