



Alla c.a. del **REFERENTE DISTRETTUALE delle MALATTIE RARE**

Al **DIRETTORE DSS** _____

e p.c. **DIRETTORE SANITARIO ASL BARI**

LORO SEDI

Il/la sottoscritto/a
 padre/madre/tutore dell'Assistito
 affetto da codice Patologia Rara ricompresa nell'elenco
 delle Malattie Rare di cui al D.P.C.M. 12/01/2017, recapito telefonico
 e-mail, consapevole che i trattamenti extra-LEA (farmaci in fascia C
 ed altri prodotti) sono normalmente acquistabili a carico degli Assistiti

CHIEDE

l'autorizzazione all'erogazione a carico del Servizio Sanitario Regionale del/i trattamento/i extra-LEA previsti
 nel Piano Terapeutico (allegato alla presente istanza) come previsto dalla nota Regione Puglia prot. N.
 AOO_081/0547 del 01/02/2019 e prot n AOO_081/1675 del 29/03/2019.

In particolare chiede la dispensazione del/i seguente/i trattamento/i:

A tal fine allega:

- PTP con dichiarazione di **INDISPENSABILITA'** ed **INFUNGIBILITA'** del Centro di Riferimento

con allegata relazione clinica che specifica la **Tipologia del prodotto** (es. farmaco in fascia C o altro da specificare) la **Specificità della condizione del paziente** (per la quale viene richiesto il trattamento) la **Definizione della Richiesta** e la **Bibliografia** a supporto della stessa secondo procedura vigente in ASL Bari;

- copia libretto sanitario ove sia registrato il codice esenzione per Malattia Rara;

La relazione clinica ed il PTP allegati nelle forme richieste sono necessari per la valutazione da parte della
 Commissione Malattie Rare dell'ASL Bari

Cordiali saluti

Data ____/____/____

FIRMA

Dichiara, inoltre, di aver preso visione della procedura aziendale "Procedura per la presentazione dell'istanza
 di autorizzazione alla fornitura a carico del SSR dei farmaci e/o prodotti extra-LEA per Assistiti affetti da
 Malattia Rara" pubblicata sul sito web ASL Bari.

Data ____/____/____

FIRMA
