

ALLEGATO 7

Alla Commissione Aziendale del Farmaco
e dei Dispositivi Medici
Azienda Sanitaria Provinciale Vibo Valentia

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a
a _____ il _____ e residente in _____,
CF _____

In nome proprio

In nome e per conto di _____, nato/a
a _____, il _____ e residente
in _____, in qualità di _____;

affetto/a da _____, patologia rara di cui
all'Allegato 7 del DPCM 12 Gennaio 2017, cod. esenzione _____

CHIEDE

L'erogazione diretta a carico del SSN, attraverso la farmacia territoriale dell'ASP, della terapia indicata nel Piano terapeutico.

A tal fine si allega:

1. *Piano di Terapia Personalizzato redatto da Centro di Malattia Rara (regionale ed extraregionale), in cui vengano specificate:*
 - le motivazioni che giustificano l'utilizzo dei prodotti prescritti per la malattia rara in questione;
 - dose e posologia;
 - durata di max 6 mesi di terapia, rinnovabili;
 - attestazione di indispensabilità ed insostituibilità, che certifichi che in assenza di tale prodotto il paziente è a rischio di aggravamento della malattia o di pericolo di vita, e che non esistono alternative ai fini del mantenimento della qualità di vita del paziente stesso;
2. *Certificazione attestante la malattia rara e codice esenzione rilasciato dall'autorità competente;*
3. *Documento di riconoscimento del paziente e del richiedente*

Si prende atto e si dichiara che il diniego e/o l'eventuale accoglimento della presente richiesta è sottoposto alla discrezionale valutazione della Direzione sanitaria dell'ASP di Vibo Valentia, che si avvale del parere obbligatorio della Commissione preposta sulla base dei parametri indicati nell'apposito regolamento, nei limiti degli specifici stanziamenti. Dichiara altresì di accettare in proposito qualunque decisione rinunciando ad ogni azione legale.

FIRMA

Luogo e data _____
