

Certificazione da compilarsi a cura del medico curante

Certifico che il Sig. _____

Nato a _____

Per la patologia da cui è affetto assume farmaci ad alto costo non ammessi dal SSN, non sostituibili con altri farmaci erogabili, e ritenuti indispensabili per la vita.

La terapia farmacologica dovrà essere assunta per il seguente periodo _____

ed avrà un costo complessivo pari a euro _____

Data

Firma