

ASL Provincia di Milano 1 Distretto Socio Sanitario	Modulo Processo per rilascio esenzioni	Md DS02.04 Revisione 1 Data 6.2.2006
--	---	--

Agli Uffici Amministrativi  
del Distretto n. ....  
di .....

Io sottoscritto, Medico di Medicina Generale del/della Sig./Sig.ra

Cognome e nome utente	n. tessera di iscrizione al SSN
-----------------------	---------------------------------

**DICHIARO**

CHE IL/LA PAZIENTE SOPRA CITATO/A E' AFFETTO/A DA PATOLOGIA 025:  
IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE OMOZIGOTE E ETEROZIGOTE TIPO IIa E IIb,  
IPERCOLESTEROLEMIA PRIMITIVA POLIGENICA, IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE  
COMBINATA, IPERLIPOPROTEINEMIA DI TIPO III

- 272.0 IPERCOLESTEROLEMIA PURA
- 272.2 IPERLIPIDEMIA MISTA
- 272.4 ALTRE E NON SPECIFICATE IPERLIPIDEMIE

in terapia con .....

.....

..... data diagnosi...../...../.....

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale

Data ...../...../.....

Spazio riservato alla ASL	
Data di rilascio tessera...../...../.....	Eventuali note
Firma dell'Operatore .....	