

AL CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE MALATTIE RARE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OGGETTO:** Rimborso spese sostenute per prestazioni fuori regione per pazienti affetti da malattie rare - **RICHIESTA PARERE**

In riferimento all'argomento riportato in oggetto, in allegato si invia prima/successiva istanza presentata dal /la sig/sig.ra \_\_\_\_\_  
in qualità di familiare/tutore di \_\_\_\_\_  
affetto da malattia rara \_\_\_\_\_ codice \_\_\_\_\_, per ottenere  
l'autorizzazione ad usufruire di prestazioni /trattamenti fuori Regione.

Pertanto, in ossequio al Regolamento AreSS Puglia n.85 del 17/04/2023 recepito dalla ASL di Brindisi con PDL 2490/24 e Deliberazione 2299/24, si chiede di riscontrare entro e non oltre 15 giorni dalla data della presente nota, ovvero entro il \_\_\_\_\_ specificando che l'assistito/a \_\_\_\_\_

- è curabile presso il vs. Centro
- non è curabile presso il vostro Centro
- non è possibile prendere in carico il caso clinico

Nell'eventualità il/la paziente possa essere curato/a presso codesta Struttura accreditata ai sensi della DGR n 1757/2023, si chiede di fornire allo/a scrivente indicazioni su data ed ora di visita specialistica/trattamento, da effettuare con regolare richiesta del Pediatra di Libera Scelta o del Medico di Medicina Generale, per la necessaria informativa all'assistito/a o ai familiari/tutore/amm. di sostegno.

Si allega documentazione clinica dell'assistito e fac-simile di risposta  
Per eventuali riscontri o chiarimenti in merito si inviano i seguenti recapiti:

Tel \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Il Referente Malattie Rare

\_\_\_\_\_

Il Direttore del Distretto SS

\_\_\_\_\_