

**Modulo di richiesta di fornitura da inoltrare alla Commissione per la  
Valutazione delle Terapie Speciali (CoVaTeSp)  
(Delibera n° 346 del 18/09/2013)**

Alla Segreteria della CoVaTeSp

..l... sottoscritt..... nat... a .....il .....

C.F. .... residente in .....

Via/P.zza/Largo .....n..... cap ..... Municipio .....

tel .....

CHIEDE

la **fornitura**

il **rimborso**

dei prodotti di seguito specificati e non dispensati gratuitamente dal SSN (barrare la voce che interessa)

.....

.....

A tal scopo dichiara che è affetto dalla seguente patologia .....

.....

come certificato dal Dr./Dr.ssa ..... Specialista in .....  
(allegare certificato in originale rilasciato da struttura specialistica pubblica e/o accreditata)

Roma .....

.....

(firma)

N.B. Si ritengono utili alla valutazione della richiesta da parte della Commissione la produzione di documentazione medica che attesti l'**indispensabilità** ed **insostituibilità** del prodotto richiesto, l'**inefficacia di terapie precedenti** e/o l'**impossibilità di terapie alternative**, l'**aggravamento** della patologia in atto, qualora la terapia non venga effettuata.

In caso di prescrizione di farmaci con indicazioni non previste dalla scheda tecnica e/o per farmaci da acquistare all'estero è necessaria la presentazione del modulo previsto dalla normativa vigente completa di documentazione.

Si prega di leggere le note a tergo del presente modulo e di firmare per presa visione

Il sottoscritto prende atto e dichiara che il diniego e/o l'eventuale accoglimento di quanto richiesto è sottoposto alla discrezionale valutazione della Commissione preposta (CoVaTeSp) sulla base dei parametri indicati nell'apposito regolamento che dichiara di conoscere e nei limiti degli specifici stanziamenti.

Dichiara altresì di accettare in proposito qualunque decisione della Commissione rinunciando ad ogni azione legale.

.....

Firma