

Allegato 1 B

Da compilare a cura dello Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il Signor/a

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

C.F. _____

Affetto/a da _____

- È da considerarsi persona dipendente da ventilazione meccanica assistita invasiva
- È da considerarsi persona dipendente da ventilazione non invasiva continuativa (24h/die – 7 giorni a settimana)

Note:

.....
.....
.....

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____