

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 meccanica assistita non invasiva continuativa
(24h/die – 7giorni a settimana)

Note.....
.....
.....

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____