

# ALLEGATO 1B

Da compilare a cura dello Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il/la 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 \_\_\_\_\_