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 _____

COMUNE DI POLISTENA (RC) PROT. N.0021735 DEL 12-11-2026 in partenza