**ALLEGATO B**

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI**

**DIPENDENZA DA VENTILAZIONE MECCANICA**

Con la presente si certifica che il/la paziente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è dipendente da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa 24 ore al giorno 7 giorni su 7.

Si rilascia su richiesta dell’interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Timbro e firma del medico certificatore)