

**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)