

Io sottoscritto Dott/Dott.ssa \_\_\_\_\_ dichiaro che il paziente  
Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ da me visitato, presenta una menomazione  
permanente della funzionalità respiratoria che rende necessario l'utilizzo di un supporto di  
ossigeno/supporto ventilatorio, in particolare nel periodo di riposo notturno.

Il paziente necessita, pertanto, di trattamento con dispositivo:

Concentratore di ossigeno

dispositivo ventilatorio modello \_\_\_\_\_

continuativo nel tempo, con opportuni controlli periodici.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma medico)