

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 ventilatorio, in particolare nel periodo di riposo notturno.
Il paziente necessita, pertanto, di trattamento con dispositivo CPAP modello
_____, continuativo nel tempo,
con opportuni controlli periodici.

Data

In fede
