

e per competenza a:

OGGETTO: istanza di rilascio certificazione relativa a:

Cognome e nome _____ nato/a _____

il ___/___/___ residente in _____ Via/P.zza _____

Cod. fiscale _____ doc. identità _____

telefono _____, per i motivi:
agevolazione prevista dall'art. 4, comma 2, D.M. del Ministero dello Sviluppo economico del
28.12.2007 - documentazione relativa a richiesta certificazione ASL per utilizzatori di
apparecchiature elettromedicali necessarie per il mantenimento in vita.

DATI INDISPENSABILI:

Tipo di apparecchiature _____

- Funzioni assolte funzione alimentare
 funzione respiratoria
 funzione urinaria

Struttura o Servizio _____ Prescrittore ASL _____
(nome del Servizio e/o del Medico)

Fornitore _____

Data ___/___/___ Firma: _____
 INTERESSATO LEGITTIMATO DELEGATO

RISERVATO AL RESPONSABILE DI STRUTTURA O SERVIZIO ASL

Si attesta che:

il/la Signor/a _____ necessita di utilizzare

la/le apparecchiature _____

tipo _____ installato/i presso il

seguito indirizzo _____ a far data dal _____.

IL RESPONSABILE
(timbro e firma)