

007

## MODULO DI SOSPENSIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cod. fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Medico Curante \_\_\_\_\_

in trattamento con ossigenoterapia domiciliare a lungo termine presso il comune di \_\_\_\_\_

### COMUNICA

di dover / voler sospendere la suddetta terapia con ossigeno liquido dal \_\_\_\_\_

esonorando l'AUSL N 4 di Enna da qualsiasi responsabilità.

Si allegano:

Fotocopia documento di riconoscimento dell' assistito

Eventuale fotocopia documento di riconoscimento del delegato

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma dell'assistito o suo delegato