

_____, li _____

Egr. Signor

Direttore Sanitario

Distretto n. _____

Il sottoscritto dottor _____ comunica,

che essendo sprovvisto di adeguati D.I.P. necessari ed indispensabili nell'attuale fase
emergenziale per la tutela della propria salute e di quella dei pazienti fragili che assiste
in ADI o ADP,

di aver sospeso

momentaneamente tale assistenza domiciliare a coloro che presentano una
condizione di attuale compenso clinico - metabolico della malattia

Timbro e firma