

Allegato 7

REGIONE PIEMONTE

ASL/ASO _____

PRESCRIZIONE COMUNICATORE

Nome e Cognome _____

Data e luogo di nascita _____

Residente a _____

Affetto da _____

che determina impossibilità alla comunicazione sia grafica che verbale.

Dispositivo prescritto

Relazionare sulle prove effettuate con altri modelli:

data _____

timbro e firma del medico _____