

Allegato 1

Dipartimento Tutela delle fragilità /UOC Promozione Salute Donna e Bambino

Consultorio familiare di.....

Tel _____

li, _____

Si certifica che la Signora

_____ nata a _____ prov. di _____

il _____ si è presentata presso questo Consultorio in data odierna per richiedere l'I.V.G. ai sensi dell'art. 4 della legge 22/5/1978 n° 194.

La suddetta dichiara di avere avuto l'ultima mestruazione il _____
trovasi alla _____ settimana/ _____ giorni di epoca gestazionale.

Questo Consultorio, accertato lo stato di gravidanza ed espletate le procedure previste dal 2° Comma dell'art. 5 della citata legge, l'ha invitata a soprassedere per 7 giorni prima della decisione definitiva di interrompere volontariamente la gravidanza ai sensi dell'ultimo comma dell'art. 5 della legge:

La richiedente

Il medico
(timbro e firma)

Documento d'identità _____ n° _____

Rilasciato da _____

In data _____

Con scadenza il _____