

#### Allegato 4

#### Dipartimento Tutela delle fragilità/UOC Promozione Salute Donna e Bambino

Consutorio familiare di.....

Tel \_\_\_\_\_

li, \_\_\_\_\_

Si certifica che la Minore

\_\_\_\_\_ 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 legge 22/5/1978 n° 194, 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.

Ritenendo, la suddetta, di avere seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione delle persone esercenti la patria potestà o tutela o, le stesse, rifiutino il loro assenso o esprimano pareri tra loro difformi, si avviano le procedure previste dal 2° comma dell'articolo 12.

La richiedente

\_\_\_\_\_

Il medico

(timbro e firma)

\_\_\_\_\_

Documento d'identità \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_

Con scadenza il \_\_\_\_\_