

Allegato 5

Dipartimento Tutela delle fragilità/UCO 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 e riscontrata l'esigenza delle condizioni di cui **al 3° comma dell'art. 5 della citata legge, dichiara URGENTE** l'intervento per cui la richiedente può presentarsi immediatamente in una delle sedi autorizzate.

La richiedente

Il medico

(timbro e firma)

Documento d'identità _____ n° _____

Rilasciato da _____

In data _____

Con scadenza il _____

Firma della Madre

Cognome _____ Nome _____ Nata _____ il _____

Documento d'identità _____ n° _____

Rilasciato da _____

In data _____

Con scadenza il _____

Firma del Padre

Cognome _____ Nome _____ Nato _____ il _____

Documento d'identità _____ n° _____

Rilasciato da _____

In data _____

Con scadenza il _____

Firma del Tutore

Cognome _____ Nome _____ Nato _____ il _____

Documento d'identità _____ n° _____

Rilasciato da _____

In data _____

Con scadenza il _____