

Allegato 7

Dipartimento Tutela delle fragilità/UOC Promozione Salute Donna e Bambino

Consultorio familiare di.....

Tel _____

li, _____

Si richiede l'accertamento ecografico dell'età gestazionale per la Signora

nata a _____ prov. di _____ il _____

presentatosi presso questo Consultorio in data odierna per richiedere IVG ai sensi della L 194/78.

La suddetta signora dichiara di avere avuto l'ultima mestruazione il _____

Data, _____
