

ALLEGATO 4 - DICHIARAZIONE DI ANONIMATO C/O IL TRIAGE

DIREZIONE MEDICA DEA II S. M. GORETTI – LATINA

DIREZIONE MEDICA DEA I DONO SVIZZERO – FORMIA

UOSD DIREZIONE MEDICA TERRACINA - FONDI

La sottoscritta:

Nome _____ Cognome _____

Nata a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

DICHIARA

di aver partorito un_ bambin_ di sesso _____, in data _____ alle ore _____

presso questo _____ e chiede di avvalersi del diritto di partorire

in anonimato in quanto “donna che non vuole essere nominata”.

Consente di effettuare esami e procedure diagnostiche e terapeutiche a garanzia della salute del__
neonat_ e della propria, anche attraverso la raccolta di anamnesi sanitaria.

Dichiara di essere informata sui suoi diritti, su quanto la normativa prevede a tutela della maternità e
dell’infanzia, sulle risorse e sugli interventi di sostegno e di aiuto attivabili in suo favore e del__
neonat_ e sugli effetti giuridici che questo comporta.

Allego Non allego documento identificativo in corso di validità.

Luogo _____ Data _____ Firma _____

Testimoni:

	Nome e Cognome	Qualifica	Firma
1.			
2.			
3.			

Luogo e Data _____