

ALLEGATO 5 – DICHIARAZIONE DI ANONIMATO

DIREZIONE MEDICA DEA II S. M. GORETTI – LATINA

DIREZIONE MEDICA DEA I DONO SVIZZERO – FORMIA

UOSD DIREZIONE MEDICA TERRACINA - FOND

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 neonato
e sugli effetti giuridici che questo comporta.

Allego Non allego

Documento identificativo.

Luogo e Data _____ Firma _____

Testimoni:

	Nome e Cognome	Qualifica	Firma
1.			
2.			
3.			

Luogo e Data _____