

_____ , li' _____

CERTIFICATO

La Sig.ra _____

nata a _____ il _____

residente in _____

con codice fiscale _____

E' IN STATO DI GRAVIDANZA

Data ultima mestruazione

Data presunta del parto

La Gestante manifesta l'intenzione di ricorrere all'interruzione della gravidanza presso le idonee strutture sanitarie autorizzate a norma della Legge 194/78.

Il presente certificato viene rilasciato alla paziente, debitamente informata, la quale potrà utilizzarlo trascorsi sette giorni dalla data del rilascio.

Dr. _____