

Io, sottoscritto Dottor.....
Medico Chirurgo
Studio via n.
Comune: (PI)
C.F.
Iscritto all'Ordine dei Medici di Pisa
Iscrizione all'Ordine dei Medici n:.....
Codice regionale
Convenzionato ASL Nordovest Toscana
Codice ASL : PI105-PI
Provincia ASL: Pisa
Telefono:.....

Certifico che la Signora:

Cognome:.....
Nome:.....
CF
Indirizzo residenza o domicilio abituale:.....
Comune.....
Provincia:.....
CAP.....

visitata in data è in stato di gravidanza alla
settimana di gestazione*, calcolata in base alla data dell'ultima mestruazione dichiaratami
dall'interessata, e che la data presunta del parto è.....

Data.....

In fede

* valori ammessi 1-45