



DICHIARAZIONE DI IDONEITA' AL PARTO IN CENTRO NASCITA E CASA MATERNITA' (a cura dell'ostetrica)

L'ostetrica (indicare nome cognome e recapito telefonico, numero di posizione Albo)

.....

attesta che la Sig.ra.....

residente in.....

risulta attualmente gravida alla .....settimana con EPP.....

Sulla base delle valutazioni clinico - laboratoristiche, da cui emerge che la gravidanza è decorsa fisiologicamente, dichiara che attualmente la Signora è idonea al parto in Centro Nascita e Casa Maternità, che avverrà

in Centro Nascita denominato:.....

Situato in.....via .....n.....

in Casa Maternità denominata:.....

Situata in.....via .....n.....

e che tali strutture dove verrà assistita, presentano condizioni generali igieniche e ambientali idonee e una distanza non superiore ai 30 minuti da un Presidio ospedaliero accreditato SSR con UO ostetrica/neonatologia.

Si dichiara inoltre che in caso di emergenza l'ubicazione delle strutture sopra indicate sono site ad un tempo massimo per il raggiungimento di 30 minuti dall'ospedale.....

e che il Centro Nascita e la Casa Maternità sono in possesso dei requisiti minimi complessivi atti a garantire le necessarie condizioni di salubrità e di assistenza all'evento del parto.

Data.....

Firma.....