

**DOMANDA DI RIMBORSO AL PARTO A DOMICILIO  
O IN CASA MATERNITA'**

**Prot. N°** \_\_\_\_\_

La sottoscritta (donna)	
Presenta N° _____ fatture relative alle prestazioni ricevute dai seguenti professionisti:	
1.	
2.	
DATA	FIRMA

La sottoscritta (ostetrica)	
<b>DICHIARA</b>	
Di aver assistito al parto, insieme alla seconda ostetrica _____ della Sig.ra _____ in data _____ presso il suo domicilio/casa maternità sito/a in _____	
Di aver visitato la puerpera e il neonato nelle seguenti date: _____	
Che il neonato _____ ha effettuato visita pediatrica dopo la nascita in data _____ da parte del/della Dr./Dr.ssa _____	
DATA	FIRMA