

DICHIARAZIONE DI IDONEITA' AL PARTO A DOMICILIO

La sottoscritta (ostetrica)	
Recapito telefonico	
N° posizione ALBO	

ATTESTA CHE

La Signora	
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 a domicilio e che l'abitazione dove verrà assistita al parto presenta condizioni generali igieniche ed ambientali idonee e una distanza non superiore ai 30 minuti da un presidio ospedaliero accreditato SSR con UO Ostetricia/Neonatologia.

Si dichiara, inoltre, che in caso di emergenza il domicilio è sito ad un tempo massimo per il raggiungimento di 30 minuti dall'ospedale _____ e che il domicilio è in possesso dei requisiti minimi complessivi atti a garantire le necessarie condizioni di salubrità e di assistenza all'evento del parto.

DATA

FIRMA