

**DICHIARAZIONE DI IDONEITA' AL PARTO IN CENTRO NASCITA E CASA DI
MATERNITA'**

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 in centro nascita o casa di maternità che avverrà:

in Centro Nascita denominato _____

Situato in _____

in Casa Maternità denominato _____

Situato in _____

e che tale strutture dove verrà assistita 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 l'ubicazione della struttura sopraindicata è sita ad un tempo massimo per il raggiungimento di 30 minuti dall'ospedale _____ e che è in possesso dei requisiti minimi complessivi atti a garantire le necessarie condizioni di salubrità e di assistenza all'evento del parto.

DATA

FIRMA