

## CERTIFICATO PER L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA (IVG) ENTRO 90 GIORNI

Io sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_, certifico che la sig.ra \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_, è in stato di gravidanza (U.M. \_\_\_\_\_) ed ha richiesto

in data odierna di interromperla presso le idonee strutture sanitarie autorizzate sulla base delle circostanze di cui all'art. 4 della Legge n. 194/1978 (IVG entro i primi 90 giorni).

La sig.ra ha esposto i motivi della sua scelta, che sono stati esaminati insieme, ed è stata informata sui diritti di lavoratrice-madre e sui servizi sociali che possono aiutarla a portare a termine la gravidanza.

Il/La sottoscritto/a, esperite le procedure di cui al comma 2 dell'art. 5 della citata legge (barrare una delle caselle sottostanti):

- ha riscontrato l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'interruzione della gravidanza;
- non ha riscontrato condizioni tali da rendere urgente l'intervento e ha invitato la richiedente a soprassedere per 7 giorni.

Il presente documento, redatto ai sensi e per gli effetti del comma 3 del medesimo art. 5 della suddetta legge, è stato consegnato in data odierna e potrà essere utilizzato dopo 7 giorni dalla data del rilascio.

Luogo e data: \_\_\_\_\_

(firma della richiedente o, se minorenni, dei genitori)

(timbro e firma del medico)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_