



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

PRESIDIO OSPEDALIERO "G.F. INGRASSIA"

Direzione Medica di Presidio

Palermo Lì

Prot. N°

Autorizzazione al riscontro diagnostico del prodotto abortivo sino alla 24^a settimana e/o Feto dopo la 24^a settimana

I sottoscritti nata a

il..... e nato a

il genitori

[] del prodotto abortivo, di sesso espulso in data alle ore

[] del feto, di sesso partorito in data alle ore

presso l'UOC di Ostetricia e Ginecologia dell' Ospedale GF.Ingrassia, di cui alla cartella clinica.....

Richiedono e Autorizzano l'effettuazione del riscontro diagnostico

Firma dei genitori

_____ documento n° _____

_____ documento n° _____

Il Medico

(All.13)