



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°

Comunicazione di espulsione prodotto abortivo e/o di feto da 20 settimane a 25 settimane e 6 giorni

Alla Direzione Medica
All'Ufficio di stato Civile Comune di Palermo
All'Ufficio gestione impianti Cimiteriali

Il sottoscritto dr. comunica che in data
alle ore la Sig.ra nata a
il e residente a via
n°, coniugata con il sig nato a
il

Ha partorito un feto morto alla settimana di amenorrea, di sesso
del peso di gr. a cui doveva essere imposto il nome di
Causa mortis

Si allega attestazione di nascita redatto dall'ostetrica/o

Ha espulso un prodotto abortivo inferiore a 20 settimane

Firma del Medico

(All.15)