

Fac-simile Allegato 1.

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCE
DI LECCE E DI BRINDISI
PRESIDIO OSPEDALIERO _____
Centro nascite _____

I sottoscritti

Sig.....(qualifica)

Sig.....(qualifica)

Sig..... (Assistente Sociale)

in servizio presso questo Presidio Ospedaliero

DICHIARANO

che la donna che ha partorito un__ bambin__, in data_____ alle ore_____ presso questo Centro Nascite, non ha manifestato la volontà di costituirsi quale madre del neonato. La stessa ha espressamente richiesto di partorire in anonimato.

La donna è stata informata sui diritti, sulle disposizioni normative in tema di tutela di infanzia e maternità, e sulle risorse previste e gli interventi attivabili a favore suo e del bambino.

La donna è stata resa edotta degli effetti giuridici che tale scelta comporta.

SPAZIO DA COMPILARE NEL CASO IN CUI LA PARTORIENTE SIA UNA DONNA STRANIERA O DISABILE (SORDOMUTA) CON LIMITI COMUNICATIVI

I sottoscritt_ Sig. _____, interprete linguistico/culturale identificato a mezzo _____ n. _____, rilasciato _____ da _____ il _____, intervenuto in favore della donna di cui al presente verbale, dichiara di aver correttamente e fedelmente tradotto quanto alla donna riferito e dalla stessa riportato.
Dichiara quindi corrispondente al vero il presente verbale.

Firma _____

Data _____

Firmato _____

Firmato _____

Firmato _____