

REFERTO DI VISITA MEDICA

Lavoratrice _____
nata a _____ il _____
residente in _____ via _____
alle dipendenze di _____
con mansioni di _____
mese di gestazione _____
data presunta del parto _____

ESAME OBIETTIVO.....
.....
.....
.....
.....

RICERCHE DI LABORATORIO ED ACCERTAMENTI EFFETTUATI

.....
.....
.....

QUANTO SOPRA DESCRITTO COSTITUISCE GRAVE COMPLICANZA DELLA GESTAZIONE ?

SI NO

OPPURE

LO STATO DI GRAVIDANZA PUO' AGGRAVARE LA PREESISTENTE FORMA MORBOSA SOPRA DESCRITTA ?

SI NO

Parere per la concessione all'astensione anticipata:

dal _____ al _____

_____ li, _____

Firma del medico e timbro dell'Unità Sanitaria
Locale cui appartiene