

Al Direttore Generale AST Ancona

Parto a domicilio - Richiesta redatta ai sensi della Delibera Giunta Regione Marche n. 2440/99

La sottoscritta \_\_\_\_\_ nata il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

*consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000*

CHIEDE

di far nascere il proprio bambino a domicilio

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

affidandosi alle cure dell'Ostetrica \_\_\_\_\_ iscritta all'Albo.

A tale scopo dichiara di essere entro la 34° settimana di gestazione.

Chiede inoltre a codesta Azienda di poter beneficiare del rimborso per le spese sostenute, per un importo massimo di € 1.200, così come previsto dall'art.4 della L.R. n.22 del 27 luglio 1998 (aggiornato con la L.R. n. 2 del 05/02/2008).

Si allega alla presente richiesta la seguente documentazione:

- dichiarazione di presa in carico da parte dell'ostetrica della partoriente (Allegato 2)
- dichiarazione del consenso informato (Allegato 3)
- certificato di gravidanza fisiologica rilasciato dal ginecologo specialista
- certificato di iscrizione all'albo dell'ostetrica e CV della stessa
- autorizzazione al trattamento dei dati personali (Allegato 4)
- documento di identità della richiedente

Letto, confermato e sottoscritto

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

La dichiarante

\_\_\_\_\_