



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

DISTRETTO SANITARIO DI _____
AMBULATORIO DI GINECOLOGIA ED OSTETRICIA _____
CONSULTORIO FAMILIARE DI _____

CERTIFICATO DI GRAVIDANZA

Si certifica che la Sig.ra _____

nata a _____ il ____ / ____ / ____ residente a _____

in via _____ n. ____ domiciliata a _____

in via _____ n. ____ tel. _____

Gravida alla _____ settimana di gestazione (UM _____ DPP _____)

è affetta da:

☐ rischio minaccia di aborto

☐ rischio parto pretermine

☐ lavoro "a rischio"

☐ altro _____

Necessita, pertanto, riposo e terapia specifica con validità dal ____ / ____ / ____ per :

☐ astensione anticipata dal lavoro per gravidanza a rischio

☐ esenzione M50

per:

☐ giorni _____ (_____)

☐ fino all'astensione obbligatoria

_____, li ____ / ____ / ____

Timbro e firma dello
specialista ginecologo