

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia <small>IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia</small></p>	MODULO	Pagina 1 di 1
	<p>Parto in ambiente extra-ospedaliero: Dichiarazione di impegno all'esecuzione della prima visita pediatrica</p>	<p>Codice MO 57</p>
<p>Dipartimento Materno Infantile</p>		<p>Rev. 0 del 03/08/22</p>

Io sottoscritta _____

nata a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ Prov. _____

Via _____ recapito telefonico _____

Mi impegno

ad accompagnare mio figlio/a al controllo pediatrico presso l'ospedale ASMN di Reggio Emilia, come da accordi presi con le ostetriche entro le prime 12 / 24 ore dalla nascita, in caso non fosse disponibile nessun pediatra a domicilio per tale controllo.

Data _____

Firma dell'interessata