

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia	MODULO	Pagina 1 di 1
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	Modulo di richiesta di accesso/presenza di un professionista esterno (da compilare a cura della gravida) allegato 1	Codice MO 60 Rev. 0 del 08/05/2024

**All'attenzione di Direttore del Servizio di Ostetricia –
Ginecologia di _____ dell'Azienda USL di
Reggio E.**

La sottoscritta _____
 Nata a _____ il _____ C.F. _____
 Riconosciuta mediante documento identificativo n. _____ rilasciato da
 _____ Il _____
 Data prevista del parto: _____
 Telefono: _____
 E-mail: _____
 Pec: _____

CHIEDE

che il seguente professionista _____ nato a _____ il
 _____ C.F. _____ iscritto all'Ordine di

POSSA ACCEDERE COME ACCOMPAGNATORE/OSSERVATORE

presso i Servizi Ambulatoriali Ostetrici / U.O. di Ostetricia / sala parto dell'Azienda USL di Reggio Emilia.

Luogo, data

Firma (leggibile)

Si allega copia del documento identificativo in corso di validità.