



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

Distretto Sanitario di _____ Consultorio Familiare di _____
P.O. Ariano Irpino Amb. Ginecologia ed Ostetricia _____

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