



**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