

ATTESTAZIONE DI NASCITA

__ l __ sottoscritt _____ nella sua qualità di (medico – chirurgo,
ostetrico, ostetrica) _____

CERTIFICA

di aver prestato la propria opera alla puerpera _____

nata a _____ il _____ residente in _____
cittadina _____ .

Il parto è avvenuto il giorno _____ del mese di _____ dell'anno _____
alle ore _____ e minuti _____ presso la Divisione di Ostetricia e Ginecologia del Presidio
Ospedaliero di _____ - ASL BT.

__ l __ neonato di sesso _____ è nat __ viv __ / nat __ mort __ è / non è vivente al momento
della redazione del presente attestato.

ATTESTAZIONE IN CASO DI PARTO PLURIMO

Dal parto sono nati n. _____ maschi e n. _____ femmine.

__ l __ bambin __ medesim __ è gemell __ con altr __ al quale si riferisce il _____

(successivo / precedente) attestato, ed è __ l __ _____ (primo/secondo) nat _____

_____, _____
(città) (data)

(firma leggibile e timbro)

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE

Al __ neonat __ suddett __ è stato imposto il nome di _____

come da atto di nascita n. _____ Parte _____ Serie _____

Si trasmette il presente certificato all'Ufficio Sanitario del Comune.

_____, _____
(città) (data)

IL FUNZIONARIO DELEGATO
