

CERTIFICATO MEDICO DI GRAVIDANZA

La Sig.ra _____

nata a _____ il _____

residente a _____

U.M. _____ E.P.P.: _____

Gravidanza a rischio _____

Quanto sopra costituisce

Grave complicanze della gestazione.

Preesistenti forme morbose che si presume possano essere aggravate dallo stato di gravidanza.

Si consiglia l'astensione dal lavoro dal _____ al _____

Necessita dell'astensione dal lavoro dalla data odierna sino al periodo di interdizione obbligatoria prevista dalla Legge.

DATA _____

Il medico specialista
(firma e timbro)
