

Fac-simile Allegato 1.

**REGIONE PUGLIA**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCE**  
**DI LECCE E DI BRINDISI**  
**PRESIDIO OSPEDALIERO \_\_\_\_\_**  
**Centro nascite \_\_\_\_\_**

I sottoscritti

Sig.....(qualifica)

Sig.....(qualifica)

Sig..... (Assistente Sociale)

in servizio presso questo Presidio Ospedaliero

**DICHIARANO**

che la donna che ha partorito un\_\_ bambin\_\_, in data\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_ presso questo Centro Nascite, non ha manifestato la volontà di costituirsi quale madre del neonato. La stessa ha espressamente richiesto di partorire in anonimato.

La donna è stata informata sui diritti, sulle disposizioni normative in tema di tutela di infanzia e maternità, e sulle risorse previste e gli interventi attivabili a favore suo e del bambino.

La donna è stata resa edotta degli effetti giuridici che tale scelta comporta.

**SPAZIO DA COMPILARE NEL CASO IN CUI LA PARTORIENTE SIA UNA DONNA STRANIERA O DISABILE (SORDOMUTA) CON LIMITI COMUNICATIVI**

\_I\_ sottoscritt\_ Sig. \_\_\_\_\_, interprete linguistico/culturale identificato a mezzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, rilasciato \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, intervenuto in favore della donna di cui al presente verbale, dichiara di aver correttamente e fedelmente tradotto quanto alla donna riferito e dalla stessa riportato.

Dichiara quindi corrispondente al vero il presente verbale.

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firmato \_\_\_\_\_

Firmato \_\_\_\_\_

Firmato \_\_\_\_\_