

## Allegato 8

### PRESA D'ATTO, DA PARTE DELL'AZIENDA SANITARIA, DELLA COMUNICAZIONE PER L'ASSISTENZA AL PARTO IN AMBIENTE EXTRA-OSPEDALIERO

All'Attenzione della Sig.ra

---

Lo/La scrivente ha preso atto che la S.V. ha scelto di partorire a:

domicilio  in casa di maternità

e a tal fine sono stati acquisiti:

1. dichiarazione di presa in carico da parte dell'ostetrica/o;
2. consenso informato;
3. certificato di iscrizione all'albo e autocertificazione attestante l'esperienza e la formazione professionale continua dell'ostetrica/o;
4. autorizzazione al trattamento dei dati personali (normativa privacy).

Preso atto che la S.V. è stata informata della necessità di individuare, anche tramite l'ostetrica, un pediatra disponibile a visitare il neonato entro 12-24 ore dalla nascita, si rimane a disposizione per l'esame di eventuali problematiche legate alla scelta effettuata.

Si informa che, qualora insorgessero complicanze durante il parto a domicilio/casa di maternità, la S.V. potrà accedere alle strutture ospedaliere provinciali e, in caso di urgenza, avvalersi del **servizio di urgenza ed emergenza - 118**.

Si provvede infine ad allegare alla presente il fac-simile della domanda di eventuale rimborso delle spese sostenute per il parto da presentare, unitamente alla documentazione in esso indicata, presso l'ufficio del suo Distretto sanitario di \_\_\_\_\_

---

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
 Firma del Direttore del Distretto