



Statistica delle interruzioni di gravidanza in Svizzera

Richiesta di registrazione

Una volta ultimata la registrazione, la persona richiedente avrà accesso alla notifica elettronica mediante i dati di identificazione che riceverà via e-mail dall'UST.

Cantone: _____

Ospedale, studio medico: _____

Reparto ospedaliero: _____

Via / numero civico: _____ / _____

Casella postale: _____

NPA / luogo: _____ / _____

Persona/e notificante/i

1. Titolo / cognome / nome: _____ / _____ / _____

Indirizzo e-mail: _____

2. Titolo / cognome / nome: _____ / _____ / _____

Indirizzo e-mail: _____

3. Titolo / cognome / nome: _____ / _____ / _____

Indirizzo e-mail: _____

Firma e timbro del medico responsabile:

Data / firma: _____ / _____

Timbro:

La presente richiesta di registrazione va inviata in formato **pdf** a:interruptio@bfs.admin.ch