



## 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: \_\_\_\_\_  
Reperto 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](mailto:interruptio@bfs.admin.ch)