

Libretto n.	_____
Anno	_____
Azienda USL	_____

**6**

**PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER IL CONTROLLO DELLA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA**

Codice Fiscale

CLMRBN82T66G702S

Colomanni

Cognome

Rubina

Nome

VIA BENEDETTO CROCE 65 PISA

Indirizzo

**SECONDO TRIMESTRE  
da 14<sup>+0</sup> a 18<sup>+6</sup> SETTIMANE**

**Firmare e timbrare solo gli esami da effettuare:**

- Rubeotest in caso di negatività<sup>(2)</sup>

Nominativo professionista e qualifica \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro \_\_\_\_\_

- Toxotest in caso di negatività<sup>(2)</sup>

Nominativo professionista e qualifica \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro \_\_\_\_\_

**Dot. A. FULCERI**  
Spec. Ostetricia - Ginecologia  
Dirigente Medico 1° Livello  
Div. Ostetricia - Ginecologia A.O.P.