

# CERTIFICATO MEDICO GRAVIDANZA RISCHIO

(art. 17 comma 2 lett. a D.Lgs. 151/2001)

Si certifica che la

Sig.ra

Nata

il

Residente a

U.M.

E.P.P.

Sottoposta a visita in data odierna, presenta la seguente situazione clinica:

---

---

---

---

che rappresenta:

- Grave complicanza della gestazione
- Preesistenti forme morbose che si presume possano essere aggravate dallo stato di gravidanza

Per la quale si consiglia astensione dal lavoro dal \_\_\_\_\_ fino:

- al \_\_\_\_\_
- alla data di inizio del periodo di interdizione obbligatoria prevista dalla legge

Data \_\_\_\_\_

Il Medico specialista  
(firma e timbro)

---