



OSPEDALE SAN RAFFAELE

TRAINING PRENATALE

Cognome _____ Nome _____

Età _____ Professione _____

Data presunta parto _____ Recapito telefonico _____

Indirizzo e-mail _____

Particolari segnalazioni (per es. frequenza parte pratica)

Come, oppure su indicazione di chi, ha deciso di frequentare i nostri corsi di accompagnamento alla nascita?

Nome del Ginecologo curante _____