

La sottoscritta \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CF: \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di voler eseguire l'Harmony Test nonostante la settimana di gestazione avanzata (\_\_\_\_\_),

avendone già discusso con il Dr. \_\_\_\_\_.

(Timbro dell'ente/clinico)

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Firma dell'interessata: \_\_\_\_\_