

SOLICITUD INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO (IVE)

APELLIDOS, NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

PROVINCIA: _____

Nº N.I.F./PASAPORTE _____

Nº DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: _____

TELÉFONOS (Mínimo dos): _____ / _____

SOLICITA

Que solicita la interrupción voluntaria de su embarazo al amparo del siguiente artículo de la Ley 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria de embarazo,

- ☐ Art. 14. Interrupción del embarazo hasta 14 semanas.
- ☐ Art. 15 a. Interrupción del embarazo hasta 22 semanas con grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada.
- ☐ Art. 15 b. Interrupción del embarazo hasta 22 semanas con riesgo de anomalías en el feto.
- ☐ Art. 15 c:
- ☐ Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida.
 - ☐ Cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable confirmado por el comité clínico correspondiente.

_____, a _____ de _____ de _____

Fdo: _____