



Gentile neomamma/neogenitore (puerpera),

Il certificato di nascita di suo figlio viene rilasciato dal Dipartimento per la salute e l'igiene mentale (Dipartimento della salute) della Città di New York. Il certificato di nascita è un documento legale permanente che attesta la nascita del bambino, e serve per provare l'età, la cittadinanza e la linea di parentela del bambino. Le informazioni che lei fornirà sono richieste dalle normative. Se il presente modulo non viene compilato correttamente, non avremo la possibilità di redigere un certificato di nascita corretto per il bambino.

Le informazioni sulla sua istruzione, etnia, status di fumatrice, altezza e peso prima della gravidanza vengono raccolte per ragioni di salute pubblica. Le ulteriori domande contrassegnate con la sigla "QI" (miglioramento qualità) sono richieste dal Dipartimento della salute dello Stato di New York per ottenere informazioni sulla qualità delle cure prenatali ricevute dai cittadini di New York. Le leggi di NYC e del NYS tutelano i cittadini dalla divulgazione illegale delle informazioni indicate nel certificato di nascita, al fine di proteggere la sua privacy e quella del bambino.

- È molto importante fornire risposte complete e precise alle domande indicate nel presente modulo. Tutte le informazioni devono essere scritte in stampatello leggibile.
- Il modulo **deve** essere compilato in lingua inglese. Nel caso in cui lei non sia in grado di compilare il modulo in inglese o abbia bisogno di chiarimenti, chiami il funzionario addetto alle registrazioni delle nascite presso l'ospedale al numero \_\_\_\_\_.
- Una volta compilato, il modulo **deve** essere restituito al funzionario addetto alle registrazioni delle nascite entro 24 ore dalla nascita del bambino.

### Tracciabilità della registrazione della nascita nella clinica

#### Modulo per la madre o per il genitore - Dati raccolti per la registrazione del certificato di nascita del neonato

Numero di cartella  
clinica della madre  
o del genitore:

Nome della madre  
o del genitore:

Numero di cartella  
clinica del bambino:

Data di nascita  
del bambino:

Numero bambini del presente parto:

In caso di parto multiplo, ordine di nascita del bambino:

**Scriva tutti i nomi in stampatello esattamente come vuole che vengano riportati sul certificato di nascita. Se deciderà di modificare queste informazioni in futuro, dovrà inviare una richiesta di correzione al Dipartimento della salute.**

## Bambino

In caso di parto multiplo, ordine di nascita di questo bambino: \_\_\_\_\_

1. Quale sarà il nome legale del bambino?	NOME del bambino	SECONDO NOME del bambino	COGNOME del bambino	Suffisso (Jr, III, ecc.)
2. Vuole che al suo bambino vengano assegnati una carta e un numero di previdenza sociale (SSN)?				<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
<p>Dopo aver indicato <b>nome e cognome</b> legali del neonato, lei avrà diritto a richiedere un SSN per il bambino. Il Dipartimento della salute invierà la richiesta all'Amministrazione della previdenza sociale (Social Security Administration) al momento della compilazione del certificato. Nel caso in cui lei non richieda il servizio <b>in questo momento</b>, dovrà contattare direttamente la previdenza sociale per ottenere un SSN per il bambino. L'ospedale, la clinica di maternità e il Dipartimento della salute non saranno responsabili dell'invio della richiesta per suo conto.</p>				<p>Se ha risposto sì, l'Amministrazione della previdenza sociale invierà la carta all'indirizzo postale della madre/del genitore.</p>

## Madre/genitore (puerpera)

3. Qual è il suo nome legale attuale?	Nome della madre o del genitore	Secondo nome della madre o del genitore	Cognome legale della madre o del genitore	Suffisso
4. Qual è il suo nome da nubile? Nome prima del primo matrimonio.	<input type="checkbox"/> <b>Il mio nome da nubile è il mio attuale nome legale.</b>			
	Nome della madre o del genitore	Secondo nome della madre o del genitore	Cognome legale della madre o del genitore	Suffisso
5-7. Quali sono la sua data di nascita, età attuale e sesso?		Data di nascita della madre o del genitore ____ / ____ / ____ <i>Giorno      Mese      Anno</i>	Età attuale ____	Sesso <input type="checkbox"/> <b>Donna</b> <input type="checkbox"/> <b>Uomo</b> <input type="checkbox"/> <b>X</b>
8. Qual è il suo numero di previdenza sociale?		SSN della madre o del genitore <input type="checkbox"/> Non ho un SSN	L'SSN del padre o del genitore verrà richiesto nella sezione dedicata alle informazioni sul padre/genitore, se necessario.	
<p>L'indicazione degli SSN dei genitori è richiesta dalla Legge federale 42 USC 405(c) (§205 [c] della Legge sulla previdenza sociale [Social Security Act]). I numeri verranno messi a disposizione dell'Ufficio per l'assistenza temporanea e l'assistenza ai disabili (Office of Temporary and Disability Assistance) dello Stato di New York a sostegno delle attività di assistenza ai minori e dell'Agenzia delle entrate (Internal Revenue Service, IRS) da parte dell'Amministrazione della previdenza sociale, al fine di valutare l'idoneità a ricevere il credito d'imposta sui redditi da lavoro.</p>		<p>La sua firma indica che le informazioni sull'SSN riportate nel presente modulo sono corrette.</p> <p>Firma della madre o del genitore _____</p> <p>Data _____ <i>Giorno      Mese      Anno</i></p>		

## Luogo di nascita della madre o del genitore

9. Qual è il suo luogo di nascita?	Città	Stato (se al di fuori degli Stati Uniti, indichi il Paese)	Paese
10. Nel caso in cui lei sia nata al di fuori degli Stati Uniti, da quanto tempo vive negli Stati Uniti?	Anni di permanenza negli Stati Uniti ____	Oppure Se meno di un anno:	Mesi di permanenza negli Stati Uniti ____

## Indirizzo della madre o del genitore

11. Dove risiede? Dove si trova fisicamente la sua abitazione?  Se risiede al di fuori degli Stati Uniti, indichi indirizzo, città e Paese.	Via e numero civico (non indichi caselle postali o c/o)		N. interno	
	Città	Stato	CODICE POSTALE	Paese
<p>Vive entro i limiti urbani sopra indicati?    <input type="checkbox"/> <b>Si</b>    <input type="checkbox"/> <b>No</b>      Al di fuori della Città di New York (indichi la contea): _____</p>				
12. Qual è il suo indirizzo postale? Questo è l'indirizzo presso cui verrà spedito il certificato di nascita. La prima copia del certificato di nascita è gratuita.	<input type="checkbox"/> <b>Lo stesso della mia residenza abituale sopra indicata</b>			
	<input type="checkbox"/> <b>Nessun indirizzo postale</b> (in questo caso, il certificato non verrà inviato e sarà necessario ritirarlo presso il Dipartimento della salute)			
	Se l'indirizzo postale è c/o, indichi qui:			
	c/o (un'altra persona o agenzia/organizzazione):			
Via e numero civico (non indichi caselle postali per gli indirizzi di NYC)		N. interno		
Città	Stato	CODICE POSTALE	Paese	
13. Quali sono i suoi numeri di telefono?	Giorno ( _____ ) _____ - _____ int. _____		Sera ( _____ ) _____ - _____	

## Caratteristiche della madre o del genitore

<p>14. <b>Istruzione:</b> Qual è il <b>livello massimo di istruzione</b> da lei raggiunto al momento del parto? Spunti (X) <b>una</b> sola casella.</p> <p>15. Aveva un'<b>occupazione</b> durante la gravidanza?</p> <p>16. Qual è la sua <b>occupazione/il suo lavoro</b> attuale/ più recente?</p> <p>17. In quale <b>settore</b> svolgeva tale occupazione/lavoro? Non indichi il nome dell'azienda, ma solo il settore di pertinenza.</p> <p>18. Quali sono le sue <b>origini</b>? Spunti (X) <b>una</b> sola casella e indichi a quale gruppo etnico ritiene di appartenere principalmente.</p> <p>19. Qual è la sua <b>razza</b>? La razza è definita dal censimento degli Stati Uniti. Quella ispanica/latina non è considerata una razza dal censimento degli Stati Uniti. Per origini ispaniche, risponda alla domanda 18. Spunti (X) <b>tutte</b> le risposte pertinenti ed entri nel dettaglio, dove indicato.</p>	<input type="checkbox"/> Terza media o inferiore; nessuno <input type="checkbox"/> Scuole superiori, senza diploma <input type="checkbox"/> Diploma di scuola superiore o diploma da privatista (GED) <input type="checkbox"/> Università, senza laurea	<input type="checkbox"/> Diploma di laurea breve (ad es. AA, AS) <input type="checkbox"/> Diploma di laurea (ad es. BA AB, BS) <input type="checkbox"/> Laurea magistrale (ad es. MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA) <input type="checkbox"/> Dottorato (ad es. PhD, EdD) o titolo professionale (ad es. MD, DDS, DVM, LLB, JD)	
	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>		
	Occupazione (ad es. cassiere, impiegato di banca, infermiere, avvocato, ecc.)		
	Settore (ad es. ristorazione, bancario, sanità, legale, ecc.)		
	<input type="checkbox"/> Ispanico/Latino (ad es. messicano, portoricano, cubano, dominicano, ecc.) <i>Specifici:</i> _____ <input type="checkbox"/> Non ispanico/latino (ad es. italiano, afro-americano, haitiano, pachistano, ucraino, nigeriano, taiwanese, ecc.) <i>Specifici:</i> _____		
<input type="checkbox"/> Bianco <input type="checkbox"/> Nero o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo americano o dell'Alaska (nome del gruppo o della tribù principale) <input type="checkbox"/> Indiano asiatico <input type="checkbox"/> Cinese		<input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Giapponese <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Altro asiatico (specifici) _____	<input type="checkbox"/> Nativo delle Hawaii <input type="checkbox"/> Guamaniano o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Altra isola del Pacifico (specifici) _____ <input type="checkbox"/> Altro (specifici) _____

## Salute della madre o del genitore

<p>20. Ha partecipato al <b>WIC</b> durante la gravidanza? (Programma nutrizionale integrativo speciale per donne, neonati e bambini [Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children])</p> <p>21. Qual è la sua <b>altezza</b>?</p> <p>22. Qual era il suo <b>peso prima della gravidanza</b>?</p> <p>23. Ha fumato <b>sigarette</b> nei tre mesi precedenti o durante la gravidanza?</p> <p>24. Ha bevuto <b>alcol</b> durante la gravidanza?</p> <p>25a. Ha chiesto l'assistenza di una "<b>doula</b>" (assistente al parto qualificata) durante la gravidanza?</p> <p>25b. Qual era il nome della doula e dell'organizzazione di riferimento (se presente)?</p> <p>25c. La doula era presente durante il travaglio e/o durante il parto?</p>	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>																				
	<p>Altezza _____ m _____ cm ( _____ piedi _____ pollici)      Peso prima della gravidanza _____ kg ( _____ libbre)</p>																				
	<input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>Si</b> Se sì, qual è stato il numero medio di sigarette o di pacchetti al giorno che ha fumato nei periodi seguenti? Risponda di seguito. Indichi 0 se non ne ha fumate nessuna nei periodi in oggetto.																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Periodo di tempo</th> <th>Numero di sigarette al giorno</th> <th>0</th> <th>Numero di pacchetti al giorno</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tre mesi prima della gravidanza</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Nel primo trimestre di gravidanza</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Nel secondo trimestre di gravidanza</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Nel terzo trimestre di gravidanza</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo di tempo	Numero di sigarette al giorno	0	Numero di pacchetti al giorno	Tre mesi prima della gravidanza	_____	_____	_____	Nel primo trimestre di gravidanza	_____	_____	_____	Nel secondo trimestre di gravidanza	_____	_____	_____	Nel terzo trimestre di gravidanza	_____	_____	_____
	Periodo di tempo	Numero di sigarette al giorno	0	Numero di pacchetti al giorno																	
Tre mesi prima della gravidanza	_____	_____	_____																		
Nel primo trimestre di gravidanza	_____	_____	_____																		
Nel secondo trimestre di gravidanza	_____	_____	_____																		
Nel terzo trimestre di gravidanza	_____	_____	_____																		
<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>																					
<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>Non so</b>																					
<p>Nome completo (nome, cognome): _____      Organizzazione: _____    <input type="checkbox"/> <b>Non so</b></p> <p>Spunti (X) <b>tutte</b> le risposte pertinenti    <input type="checkbox"/> <b>Si</b>, la doula mi ha assistito personalmente  <input type="checkbox"/> <b>Si</b>, la doula mi ha assistito da remoto (ad es. tramite telefono, Zoom, FaceTime)  <input type="checkbox"/> <b>No</b></p>																					

Le domande relative al miglioramento della qualità (QI) 26, 27, 28, 29 e 30 sono richieste per il Dipartimento della salute dello Stato di New York; tutte le risposte alle QI vengono fornite su base volontaria, sono riservate e verranno utilizzate esclusivamente per ragioni di salute pubblica.

<p>26. <b>(QI)</b> Ha ricevuto <b>cure prenatali</b> (cure mediche in gravidanza) prima del ricovero per il parto?</p>	<input type="checkbox"/> <b>No</b> - Passi alla domanda 27 <input type="checkbox"/> <b>Si</b> - Se la risposta è sì, risponda alle domande seguenti: nel corso delle visite per le cure prenatali, un medico, un infermiere o altri operatori sanitari hanno affrontato con lei i seguenti argomenti?															
	<table border="1"> <tr> <td>a) Effetti del fumo in gravidanza sul bambino</td> <td><input type="checkbox"/> <b>Si</b>   <input type="checkbox"/> <b>No</b></td> <td>e) Quali metodi contraccettivi usare dopo la gravidanza</td> <td><input type="checkbox"/> <b>Si</b>   <input type="checkbox"/> <b>No</b></td> </tr> <tr> <td>b) Effetti del consumo di alcol in gravidanza sul bambino</td> <td><input type="checkbox"/> <b>Si</b>   <input type="checkbox"/> <b>No</b></td> <td>f) Cosa fare se il travaglio inizia in anticipo</td> <td><input type="checkbox"/> <b>Si</b>   <input type="checkbox"/> <b>No</b></td> </tr> <tr> <td>c) Effetti del consumo di droghe illegali in gravidanza sul bambino</td> <td><input type="checkbox"/> <b>Si</b>   <input type="checkbox"/> <b>No</b></td> <td>g) Come proteggersi dal rischio di contrarre l'HIV (il virus responsabile dell'AIDS)</td> <td><input type="checkbox"/> <b>Si</b>   <input type="checkbox"/> <b>No</b></td> </tr> <tr> <td>d) Quanto tempo attendere prima di un'altra gravidanza</td> <td><input type="checkbox"/> <b>Si</b>   <input type="checkbox"/> <b>No</b></td> <td>h) Abusi e violenze sulle donne da parte di mariti o partner</td> <td><input type="checkbox"/> <b>Si</b>   <input type="checkbox"/> <b>No</b></td> </tr> </table>	a) Effetti del fumo in gravidanza sul bambino	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	e) Quali metodi contraccettivi usare dopo la gravidanza	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	b) Effetti del consumo di alcol in gravidanza sul bambino	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	f) Cosa fare se il travaglio inizia in anticipo	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	c) Effetti del consumo di droghe illegali in gravidanza sul bambino	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	g) Come proteggersi dal rischio di contrarre l'HIV (il virus responsabile dell'AIDS)	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	d) Quanto tempo attendere prima di un'altra gravidanza	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	h) Abusi e violenze sulle donne da parte di mariti o partner
a) Effetti del fumo in gravidanza sul bambino	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	e) Quali metodi contraccettivi usare dopo la gravidanza	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>													
b) Effetti del consumo di alcol in gravidanza sul bambino	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	f) Cosa fare se il travaglio inizia in anticipo	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>													
c) Effetti del consumo di droghe illegali in gravidanza sul bambino	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	g) Come proteggersi dal rischio di contrarre l'HIV (il virus responsabile dell'AIDS)	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>													
d) Quanto tempo attendere prima di un'altra gravidanza	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	h) Abusi e violenze sulle donne da parte di mariti o partner	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>													
<p>27. <b>(QI)</b> Quante volte a settimana durante l'attuale gravidanza ha svolto <b>attività fisica</b> per almeno 30 minuti, oltre alle sue attività quotidiane?</p>	<p>_____ volte a settimana</p>															
<p>28. <b>(QI)</b> Ha avuto problemi alle <b>gengive</b> in qualsiasi momento durante la gravidanza (ad es. gonfiore o sanguinamento delle gengive)?</p>	<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>															
<p>29. <b>(QI)</b> Durante la gravidanza, direbbe di essere stata:</p> <p>Spunti (X) <b>una</b> sola casella.</p>	<input type="checkbox"/> Per nulla depressa <input type="checkbox"/> Un po' depressa <input type="checkbox"/> Abbastanza depressa <input type="checkbox"/> Molto depressa e non ho ricevuto assistenza <input type="checkbox"/> Molto depressa e ho ricevuto assistenza															
<p>30. <b>(QI)</b> Ripensando al periodo immediatamente precedente alla gravidanza, come si è sentita quando ha saputo di essere incinta?</p> <p>Spunti (X) <b>una</b> sola casella.</p>	<input type="checkbox"/> Avrei voluto rimanere incinta prima <input type="checkbox"/> Avrei voluto rimanere incinta dopo <input type="checkbox"/> Era il momento giusto per rimanere incinta <input type="checkbox"/> Non avrei voluto rimanere incinta in quel momento, né in seguito															

**Se vuole che il nome del padre o del genitore del bambino venga riportato sul certificato di nascita, deve fornire informazioni precise e complete, come indicato di seguito, e inviare il modulo compilato in ogni sua parte al funzionario addetto alle registrazioni delle nascite dell'ospedale.**

**E**

- 1) se è coniugata, chiedi all'ospedale quali informazioni sono necessarie per fare in modo che il nome dell'altro genitore venga indicato nel campo relativo al genitore legale del bambino sul certificato di nascita; o
- 2) se è coniugata e più di una persona potrebbe essere l'altro genitore del bambino, deve recarsi presso il Tribunale della famiglia (Family Court) per stabilire l'identità dell'altro genitore; o
- 3) se non è coniugata e il bambino non è oggetto di un accordo di maternità surrogata, lei e il genitore presunto del bambino potete firmare un modulo di riconoscimento della paternità in presenza di due testimoni senza legami di parentela; o
- 4) nel caso in cui si trovi in una situazione diversa da quelle sopra indicate, si rivolga al funzionario addetto alle registrazioni delle nascite dell'ospedale.

## Informazioni sul padre o sul genitore per il certificato di nascita

### Da compilare a cura della madre, del padre o del genitore

#### Padre o genitore

<p><b>31. Qual è il nome del padre o del genitore del bambino prima del primo matrimonio (nome alla nascita)?</b>          Scriva il nome alla nascita del padre o del genitore esattamente come vorrebbe che venisse riportato sul certificato. Se deciderà di modificare queste informazioni in futuro, dovrà inviare una richiesta di correzione al Dipartimento della salute.</p>	Nome del padre o del genitore	Secondo nome del padre o del genitore	Cognome del padre o del genitore	Suffisso (Jr, III, etc.)
<p><b>32-34. Quali sono la data di nascita, età attuale e sesso del padre o del genitore?</b>          L'opzione "X" indica un genere non esclusivamente maschile o femminile (ovvero un'identità di genere non binaria).</p>	Data di nascita del padre o del genitore _____ / _____ / _____ <small style="text-align: center;">Giorno                      Mese                      Anno</small>		Età attuale _____	Sesso <input type="checkbox"/> Donna <input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> X
<p><b>35. Qual è il numero di previdenza sociale del padre o del genitore?</b>          L'indicazione degli SSN dei genitori è richiesta dalla Legge federale 42 USC 405(c) (§205 [c] della Legge sulla previdenza sociale). I numeri verranno messi a disposizione dell'Ufficio per l'assistenza temporanea e l'assistenza ai disabili dello Stato di New York a sostegno delle attività di assistenza ai minori e dell'Agenzia delle entrate da parte dell'Amministrazione della previdenza sociale, al fine di valutare l'idoneità a ricevere il credito d'imposta sui redditi da lavoro.</p>	SSN del padre o del genitore		<input type="checkbox"/> Il padre o il genitore non ha un SSN	
_____ - _____ - _____ La firma della madre o del genitore nella pagina precedente conferma che l'SSN è corretto.				

#### Luogo di nascita del padre o del genitore

<p><b>36. Dov'è nato il padre o il genitore?</b></p>	Città	Stato (se al di fuori degli Stati Uniti, indichi il Paese)	Paese
<p><b>37. Se il padre o il genitore è nato al di fuori degli Stati Uniti, da quanto tempo vive negli Stati Uniti?</b></p>	Anni di permanenza negli Stati Uniti _____	Oppure Se meno di un anno:	Mesi di permanenza negli Stati Uniti _____

#### Caratteristiche del padre o del genitore

<p><b>38. Istruzione:</b> qual è il livello massimo di istruzione raggiunto dal padre o dal genitore al momento del parto?          Spunti (X) una sola casella.</p>	<input type="checkbox"/> Terza media o inferiore; nessuno <input type="checkbox"/> Scuole superiori, senza diploma <input type="checkbox"/> Diploma di scuola superiore o diploma da privatista (GED) <input type="checkbox"/> Università, senza laurea <input type="checkbox"/> Diploma di laurea breve (ad es. AA, AS) <input type="checkbox"/> Diploma di laurea (ad es. BA AB, BS) <input type="checkbox"/> Laurea magistrale (ad es. MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA) <input type="checkbox"/> Dottorato (ad es. PhD, EdD) o titolo professionale (ad es. MD, DDS, DVM, LLB, JD)
<p><b>39. Qual è l'occupazione/il lavoro attuale o più recente del padre o del genitore?</b></p>	Occupazione (ad es. cassiere, impiegato di banca, infermiere, avvocato, ecc.)
<p><b>40. In quale settore svolgeva tale occupazione/lavoro?</b>          Non indichi il nome dell'azienda, ma solo il settore di pertinenza.</p>	Settore (ad es. ristorazione, bancario, sanità, legale, ecc.)
<p><b>41. Quali sono le origini del padre o del genitore?</b>          Spunti (X) una sola casella e indichi a quale gruppo etnico il padre o il genitore ritiene di appartenere principalmente.</p>	<input type="checkbox"/> Ispanico/Latino (ad es. messicano, portoricano, cubano, dominicano, ecc.) Specifici: _____ <input type="checkbox"/> Non ispanico/latino (ad es. italiano, afro-americano, haitiano, pachistano, ucraino, nigeriano, taiwanese, ecc.) Specifici: _____
<p><b>42. Qual è la razza del padre o del genitore?</b>          La razza è definita dal censimento degli Stati Uniti. Quella ispanica/latina non è considerata una razza dal censimento degli Stati Uniti. Per origini ispaniche, risponda alla domanda 41.          Spunti (X) tutte le risposte pertinenti ed entri nel dettaglio, dove indicato.</p>	<input type="checkbox"/> Bianco <input type="checkbox"/> Nero o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo americano o dell'Alaska (nome del gruppo o della tribù principale) <input type="checkbox"/> Indiano asiatico <input type="checkbox"/> Cinese <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Giapponese <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Altro asiatico (specifici) <input type="checkbox"/> Nativo delle Hawaii <input type="checkbox"/> Guamaniano o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Altro isola del Pacifico (specifici) <input type="checkbox"/> Altro (specifici)