

ISTANZA DI OBIEZIONE

San Marino li ____/____/____

Spett.le
Direzione Generale I.S.S.
Spett.le
Direzione Cure Primarie
LORO SEDI

Noi sottoscritti _____ e _____

Genitori del minore _____

nato a _____ il _____ I.S.S. _____

residente a _____ in Via _____

Dichiaro:

- di aver ricevuto, da parte degli organi sanitari competenti dell'I.S.S., una completa ed esaustiva informazione sulle caratteristiche della/e malattia/e prevenibile/i con vaccinazione (frequenza, gravità, sequele), sull'importanza delle vaccinazioni e, sui rischi della mancata prevenzione vaccinale (art. 7 della legge 23 maggio 1995 n. 69).
- e di avere compreso tali informazioni
- e di volermi avvalere del diritto, in base all'articolo 7 della Legge 23 Maggio 1995 n. 69, all'obiezione delle seguenti vaccinazioni obbligatorie:

- ANTIPOLIO tipo SALK,
- ANTIDIFTERICA,
- ANTIPERTOSSICA,
- ANTITETANICA,
- ANTIEPATITE B,
- ANTIHAEMOPHILUS INFLUENTIAE B
- ANTIPAROTITE,
- ANTIMORBILLOSA,
- ANTIROSOLIA,

Mi impegno infine:

- 1) a stipulare, a mie spese, una polizza assicurativa Responsabilità Civile verso Terzi (R.C.T.) per eventuali danni da contagio, secondo le modalità stabilite dal Consiglio di Amministrazione dell'I.S.S.,
- 2) ad inviare alla Direzione Cure Primarie copia del pagamento della rata annuale della suddetta polizza.

La madre

Il padre

Parte da compilare a carico dell'Operatore Sanitario del Servizio Vaccinazioni.

I genitori rifiutano di firmare la presente dichiarazione e sono a conoscenza che l'inosservanza delle disposizioni di cui all'articolo 7 è punita con la sanzione pecuniaria amministrativa da euro 515 a euro 774

Data

L'Operatore Sanitario
