

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 Decreto Delegato 26 Maggio 2023 n.86:

- ANTIPOLO tipo SALK,  
 ANTIDIFTERICA,  
 ANTIPERTOSSICA,  
 ANTITETANICA,  
 ANTIIEPATITE B,  
 ANTIHAEMOPHILUS INFLUENTIAE B  
 ANTIPAROTITE,  
 ANTIMORBILLOSA,  
 ANTIROSOLIA,  
 ANTIVARICELLA

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 succitata 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