

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

San Marino li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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 esauritiva 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:

- ☐ ANTIPOLIO tipo SALK,
- ☐ ANTIDIFTERICA,
- ☐ ANTIPERTOSSICA,
- ☐ ANTITETANICA,
- ☐ ANTIEPATITE 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 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_