

San Marino li ____ / ____ / ____

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

Cognome _____ **Nome** _____

Nato a _____ **il** _____ **Cod.ISS** _____

Residente a _____ **in Via** _____ **n.** _____

Intende avvalersi del diritto, in base all'articolo 7 della Legge 23 Maggio 1995 n. 69, all'obiezione delle seguenti vaccinazioni obbligatorie Decreto Legge 26 Maggio 2023 n.86:

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

Dichiaro di aver ricevuto, da parte degli organi sanitari competenti dell'I.S.S., una completa ed esaustiva informazione sull'importanza delle vaccinazioni e sui rischi della mancata prevenzione vaccinale.

Mi impegno infine:

- 1) a rivolgere apposita istanza agli organi sanitari competenti,
- 2) 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.,
- 3) ad inviare alla Direzione Cure Primarie copia del pagamento della rata annuale della suddetta polizza.

Firma _____

Il paziente si rifiuta di firmare la presente dichiarazione

Data _____

L'Operatore Sanitario _____