

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

Io sottoscritto _____

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

residente a _____ in Via _____ intende avvalersi 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,

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 rifiuta di firmare la presente dichiarazione

Data

L'Operatore Sanitario

REPUBBLICA DI SAN MARINO

Via La Toscana 3- 47893 Borgo Maggiore

T +378 (0549) 994403 F +378 (0549) 994838 – direzione.cureprimarie@iss.sm

<http://www.salute.sm>