Modulo per l'assunzione di responsabilità da parte dell'ASL nei confronti del medico/pediatra al quale sia richiesto di inoculare un vaccino ai propri pazienti

Il sottoscritto _____ nato a _____

il |__|__|__|__|__|__| codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,

residente a _____ in via _____,

n. _____, nella sua qualità di _____, matr.

_____, assunto presso codesta ASL

CHIEDE

alla ASL di _____

DI ASSUMERSI LA RESPONSABILITÀ CIVILE E PENALE

per qualsivoglia conseguenza possa derivare alla salute dei propri pazienti a causa della somministrazione dei vaccini previsti per legge ai sensi della legge ordinaria dello Stato 31 luglio 2017, n. 119.

In assenza di tale assunzione di responsabilità e di mancato rilascio del consenso informato, ai sensi dell'art. 5 della Convenzione di Oviedo del 4 aprile 1997, resa esecutiva con legge ordinaria dello Stato n. 145/2001, il sottoscritto si riterrà libero di non acconsentire alla somministrazione dell'anzidetto vaccino ai propri pazienti.

Luogo e data _____

Firma _____