Modulo per l'assunzione di responsabilità da parte del medico/pediatra nei confronti del paziente al quale sia prescritto un vaccino

Il sottoscritto _____ nato a _____

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

residente a _____ in via _____,

n. _____,

CHIEDE

al dott. _____, matr. _____,

dipendente della ASL di _____

DI ASSUMERSI LA RESPONSABILITÀ CIVILE E PENALE

per qualsivoglia conseguenza possa derivare alla propria salute 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.

Luogo e data _____

Firma _____