

Gentile dott. _____

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
residente in _____
telefono n. _____ tessera sanitaria n. _____

Nell'esercizio del mio diritto di essere informato/a in modo completo ed aggiornato sul farmaco che propone di somministrarmi, sui suoi rischi e benefici in relazione al rischio "Covid-19" e prima di esprimere il mio consenso non libero o il mio dissenso all'imposizione forzata, le chiedo di specificare per iscritto:

- se il predetto farmaco sia un vaccino "anti Sars-Cov-2" (cioè se sia atto a prevenire la trasmissione ed il contagio dal coronavirus denominato Sars-Cov-2) o se invece sia un vaccino utilizzato per la prevenzione della malattia Covid-19 sintomatica provocata dal Sars-Cov-2 e, in quest'ultimo caso, se esiste ed è disponibile il vaccino atto a prevenire la trasmissione ed il contagio da Sars-Cov-2 previsto dall'art. 4 D.L. 44/2021 convertito in L. 76/2021.

(Luogo, data, firma) _____

Io sottoscritto, dott. _____,
in risposta alla richiesta di cui sopra,

CERTIFICO

che il farmaco denominato _____,
prodotto dall'azienda farmaceutica _____,
che si propone di somministrare al/alla Sig./Sig.ra _____,
è un vaccino utilizzato per la prevenzione della malattia Covid-19 sintomatica, provocata dal Sars-Cov-2;
che esiste/non esiste attualmente il vaccino "anti Sars-Cov-2" atto a prevenire la trasmissione ed il contagio da Sars-Cov-2.

(Luogo, data, firma del medico) _____

Io sottoscritto, dott. _____,
in risposta alla richiesta di cui sopra,

CERTIFICO

che il farmaco denominato _____,
prodotto dall'azienda farmaceutica _____,
che si propone di somministrare al/alla Sig./Sig.ra _____,
è un vaccino "anti Sars-Cov-2", cioè atto a prevenire la trasmissione ed il contagio dal coronavirus denominato Sars-Cov-2.

(Luogo, data, firma del medico) _____