



Spett.le Dott.....

Direttore Sanitario

MODULO DI DISSENSO INFORMATO

La/Il sottoscritta/o Nata/o a.....il .../.../.....
In qualità di.....(figlio/a, moglie/marito, caregiver designata,
amministratore di sostegno) del sig/sig.ra.....ospite presso
la vostra RSA,

- **Dovendo** esercitare la funzione vicaria nel disporre dei trattamenti sanitari del sig./sig.ra.....,
- **Informata/o** della possibilità che l'ospite possa ricevere vaccinazioni antinfluenzali e anti-Covid 19, in co-somministrazione, anche senza previa acquisizione di consenso informato,
- **Convinta/o** che i rischi derivanti dalle vaccinazioni siano maggiori dei benefici terapeutici,

DICHIARA:

- di **NON** consentire a vaccinazioni di alcun genere,
- di comprendere appieno le conseguenze del mio dissenso e di esonerare totalmente il personale sanitario da qualsivoglia responsabilità conseguente alla mia decisione assunta.

Prima di formalizzare il presente diniego alla vaccinazione, ho avuto il tempo necessario di informarmi dal **Difensore Clinico del comitato "Di Sana e Robusta Costituzione"** che opera per favorire percorsi di cura rispettosi delle volontà, delle scelte e del concetto di salute, proprie di ogni singola persona.

Il presente dissenso informato si allega alla documentazione sanitaria che accompagna l'ospite.

Luogo, Data

FIRMA