

Io sottoscritto:

Nome e Cognome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Residenza:	Telefono:

in qualità di ospite della Struttura residenziale per anziani e/o non autosufficienti

oppure

in qualità di Rappresentante legale di:

Nome e Cognome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Residenza:	Telefono:

ho letto e ho del tutto compreso la Nota Informativa in merito alla vaccinazione anti-COVID-19 e, preso atto di quanto in essa riportato, **rifiuto la somministrazione** del vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19".

Data e Luogo

Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale (firma leggibile)

Firma del Familiare che rifiuta in qualità di _____ in accordo con gli altri familiari (firma leggibile)
