OPOSICIÓN A SER VACUNADO

DON/DOÑA……
CON DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD Nº…….
EN SU PROPIO NOMBRE Y/O EN REPRESENTACIÓN DE LOS MENORES O PUPILOS…….
……..
……..
……..
……..
……..

MANIFIESTA SU ROTUNDA NEGATIVA A RECIBIR VACUNA ALGUNA.

En , a de de 2010

FIRMA……

LO QUE MANIFIESTA POR ESCRITO PARA QUE EN CASO DE VERSE OBLIGADO A SER VACUNADO POR IMPERATIVO LEGAL Y/O PRESIÓN DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/O POLÍTICAS SI ÉSTAS ALEGAN QUE SE HACE PARA PREVENIR UNA SUPUESTA ENFERMEDAD POR HABER RIESGO PARA LA SALUD PÚBLICA O DE PANDEMIA QUEDE CLARO QUE TRASLADA A ÉSTAS Y A LOS PROFESIONALES SANITARIOS QUE FÍSICAMENTE LA INOCULAN LA RESPONSABILIDAD DE LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE LA MISMA PUDIERA OCASIONAR. MANIFESTANDO QUE LA VACUNA LE FUE PUESTA EN EL CENTRO ASISTENCIAL……
……..
……..
……..