

Spett.le Direzione Sanitaria
Azienda Provinciale per i
Servizi Sanitari della
Provincia Autonoma di Trento

Spett.le Dirigente
Reparto maternità – ginecologia – ostetricia
Ospedale _____

Spett.le Responsabile
del Servizio Nido
Ospedale

e, p.c. Associazione UniAMOCi Trentino APS

Oggetto: diffida alla somministrazione di trattamento con anticorpo monoclonale Nirsevimab

Con la presente i sottoscritti genitori di _____ nato/a a _____
il _____ negano espressamente il proprio consenso alla somministrazione
dell'anticorpo monoclonale nirsevimab al/la proprio/a figlio/a.

Cordiali saluti

Padre _____ data e luogo di nascita _____ firma _____

Madre _____ data e luogo di nascita _____ firma _____

Allegati: copia fotostatica documenti di identità

Luogo e Data _____