

DISSENSO INFORMATO ALLA VACCINAZIONE ANTI PAPILOMAVIRUS UMANO

Il/La _____ sottoscritto/a _____
Genitore/delegato di _____ nata il
__ / __ / ____ a _____ invitata da codesta U.O.C. di Igiene e
Sanità Pubblica alla vaccinazione gratuita anti HPV per la protezione dal rischio delle malattie da
Papillomavirus, tra cui il cancro del collo dell'utero

DECIDE

di NON sottoporre sua figlia alla vaccinazione.

Termoli, _____

Firma del genitore/delegato

Acquisito dalla dott.ssa _____