

ALLEGATO D

All. Inad/A

OGGETTO: Vaccinazioni obbligatorie del minore _____ nato il _____

Il minore in oggetto indicato, nonostante i nostri ripetuti inviti, non risulta vaccinato (o non risulta aver completato il ciclo vaccinale) contro le seguenti malattie infettive:

/ / Differite e tetano

/ / Poliomielite

/ / Epatite virale B

In base alle direttive della Regione Piemonte i genitori che, per convincimento personale, decidono di non vaccinare i loro figli (o di non completare un ciclo vaccinale iniziato) sono invitati ad un colloquio informativo con il medico ASL responsabile delle attività di vaccinazione, al termine del quale firmano una dichiarazione di rifiuto delle vaccinazioni ("rifiuto informato").

Siete pertanto invitati a contattare telefonicamente lo scrivente Servizio ENTRO 30 GIORNI dal ricevimento della presente (tel. XXXX/XXXXXX).

Se non avete ancora preso una decisione e proprio per questo desiderate essere informati sulle vaccinazioni, oppure se avete dubbi o perplessità, siete comunque invitati al colloquio.

La nostra disponibilità al dialogo è totale.

In caso di mancata risposta alla presente lettera, è legittimo il dubbio che possano essere presenti condizioni di incuria e trascuratezza nei confronti del minore; pertanto trascorso il termine di 30 giorni senza che vi sia un riscontro da parte Vostra, è prevista la segnalazione ai Servizi Sociali, cui è affidata l'indagine atta ad identificare una eventuale negligenza nei confronti del minore.

Vi inviamo, in allegato, il materiale informativo, relativo alle vaccinazioni.

Distinti saluti

Il referente per le attività vaccinali della ASL _____

Dr. _____

Inad/B

A.S.L.: _____

Servizio: _____

Distretto di : _____

Al Responsabile del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica

della A.S.L. _____

Noi sottoscritti _____

e _____

genitori di _____

nato/a a _____ il ____/____/____

debitamente informati dei rischi e benefici della/e vaccinazione/i e dei rischi derivanti dalla mancata/e vaccinazione/i

contro: _____

rifiutiamo di sottoporre nostro figlio/a alla stessa/e per convincimento personale.

La madre: _____ Il padre: _____

Il Medico del Servizio vaccinale: _____

Data ____/____/____

Inad/C

OGGETTO: Vaccinazioni obbligatorie del minore _____ nato il _____

Il minore in oggetto indicato, nonostante i nostri ripetuti inviti, non risulta vaccinato (o non risulta aver completato il ciclo vaccinale) contro le seguenti malattie infettive:

/_/ Differite e tetano

/_/ Poliomielite

/_/ Epatite virale B

Successivamente all'invio di materiale informativo e al nostro ultimo contatto, avvenuto il ____/____/_____, non abbiamo avuto da parte Vostra alcun riscontro.

Poiché, verosimilmente, questo silenzio è da interpretare come un rifiuto, con la presente si informa che il Servizio vaccinazioni non invierà ulteriori inviti. Sulla scheda personale del bambino si indicherà, come data del rifiuto, la data di ricevimento della presente raccomandata.

Qualora - in un qualsiasi momento - decidiate di vaccinare Vs. figlio, potete telefonare al n. _____ per un appuntamento.

Ringraziando per l'attenzione, si porgono distinti saluti.