



DIFFIDA E NOTIFICA (riproducibile in giudizio)

Data e ora di accesso:

Nome e Cognome addetto ai controlli:

Nome e Cognome del responsabile:

Oggetto: **DIFFIDA E NOTIFICA DI RIVALSA A SEGUITO DELLE EVENTUALI CONSEGUENZE SULLA SALUTE DI TRATTAMENTI SANITARI**, Dichiaro un Dissenso informato all'utilizzo di sistemi di rilevazione es: tamponi sulla mia persona da addetti del personale anche se medico o sanitario.

Lo/a Scrivente

nato/a a:

il

In merito alle disposizioni sull'obbligatorietà di utilizzo di dispositivi PCR⁴ (Polymerase Chain Reaction) cosiddetto tampone sulla persona, all'interno dei vostri spazi, l'inventore della PCR (Polymerase Chain Reaction) cosiddetto tampone, **Dr. Kary Mullis, premio Nobel per la chimica nel 1993, ha affermato che tale analisi non può essere utilizzata nell'individuazione di malattie infettive, perché inattendibile, inoltre, c'è il serio rischio di lesioni al cervello e al bulboolfattivo.**

Tenuto conto, che i Decreti non hanno forza di legge, in quanto atti di normazione secondaria, non ratificata dalle Camere, né dalla Presidenza della Repubblica e visti i diritti sanciti dalle seguenti norme:

- **Artt. 13, 16, 17 e 32 Costituzione (libertà personale, di circolazione, di riunione e diritto alla salute);**
- **Artt. 2, 5 e 11 Prot. Addizionale n. 4 CEDU (Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo);**
- **Artt. 5 e 10 Convenzione di Oviedo del 04 aprile 1997 (consenso informato e rispetto della privacy);**
- **Artt. 9 e 13 C. 2° Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, approvata e proclamata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite a Parigi il 10 dicembre 1948.**

DIFFIDO E NOTIFICO: essendo che la mia presenza all'interno della vostra struttura/mezzo è dovuta ad uno stato di impellente necessità, trovandomi nelle condizioni di subire obblighi sanitari e in riferimento a quanto sopra indicato, comunico il mio dissenso in quanto non corrisponde alla mia volontà, ma imposto come conditio sine qua non, senza nessuna valutazione condivisa delle reali esigenze e condizioni di rischio. Obbligato quindi alla scelta di rinunciare all'esercizio dei miei diritti. Ritengo tali imposizioni derivanti da un abuso di potere e sopruso, contrario ad ogni buon senso e soprattutto alla mia volontà. Faccio presente che se durante le applicazioni forzose di strumenti sanitari sarò soggetto/a a conseguenze sulla salute, ricollegabili all'utilizzo degli strumenti stessi, sarò costretto a rivalermi, secondo termini di legge, sull'impositore (già informato verbalmente sulle proprie responsabilità), nonché nei confronti dell'intera scala gerarchica da cui l'operatore dipende. Mi riservo inoltre di approfondire e valutare le specifiche tecniche dei dispositivi in uso e le competenze tecniche e mediche dell'operatore/i incaricato/i di eseguire il rilevamento sulle persone, riservandomi tutte le rivealse qualora le applicazioni non siano conformi ai termini di legge. Cordiali Saluti. Luogo Data Consegnata brevi manu.

In Fede _____