

COMPROMISSIONE DEL RAPPORTO FIDUCIARIO

Si certifica che in data _____

Il/la Sig/Sig.ra _____, nato/a il _____,

a _____, o il suo rappresentante legale

(in caso di minorenne o maggiorenne incapace) _____

è giunto/a presso il centro vaccinale _____

Durante il counseling pre-vaccinale Il/la sig/sig.ra _____

esprime la sua sfiducia nei confronti del medico con cui ha intrapreso il colloquio pre-vaccinale, dott.

_____, **con conseguente interruzione**

del rapporto fiduciario medico-paziente.

Non essendoci grave e immediato nocumento per la salute della persona assistita, la relazione di cura

si risolve fornendo ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione della prestazione

all'assistito che proseguirà il suo percorso di valutazione pre-vaccinale gestito da altro medico.

Sede _____

data _____

Firma del vaccinando
o del suo rappresentante legale

Firma del medico

Firma del 2° medico intervenuto
