

DOCUMENTO DI AUTODETERMINAZIONE SANITARIA

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT) - VERSIONE INTEGRATA CON RIFIUTO VACCINALE

PARTE I: PREMESSA E IDENTIFICAZIONE

1.1 DICHIARAZIONE DI SOVRANITÀ SANITARIA

Io sottoscritto/a, cittadino/a del Popolo Veneto, libero/a e sovrano/a sul mio corpo, esercito il diritto all'autodeterminazione sanitaria sancito dall'articolo 32 della Costituzione Italiana e dalla Legge 22 dicembre 2017, n. 219. Le presenti Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) esprimono la mia volontà suprema e vincolante, fondata sui miei valori personali, sulla mia identità culturale veneta e sui principi etici che mi guidano.

1.2 IDENTIFICAZIONE COMPLETA DEL DICHIARANTE

text

CODICE DAT: DAT-VEN-[Codice Fiscale]-[Data]

VERSIONE: 4.0 Integrata - Con Rifiuto Vaccinale

STATO: ATTIVA SOSPESA REVOCATA

ANAGRAFICA:

- Cognome e Nome: _____
- Nato/a a: _____ il: ____/____/____
- Residente: Via _____ n. ___, CAP ____, Comune _____
- Codice Fiscale: _____
- Documento: Carta Identità n. _____ rilasciata da _____
- Contatti: Tel _____ Cell _____ Email _____
- Medico Curante: Dott. _____ Tel _____

DICHIARAZIONE DI CAPACITÀ:

Sottoscrivo in piena e perfetta capacità di intendere e volere, libero/a da condizionamenti.

Data: ____/____/____

Firma: _____

PARTE II: VALORI FONDANTI E PRINCIPI APPLICATIVI

2.1 MATRICE VALORIALE OPERATIVA

VALORE PRIMARIO	DEFINIZIONE OPERATIVA	APPLICAZIONE CONCRETA NELLE DAT
Sovranità Corporea Assoluta	Esclusivo controllo sul proprio corpo fisico	Rifiuto di qualsiasi trattamento non esplicitamente autorizzato
Integrità Biologica	Inalterabilità del proprio sistema immunitario e fisiologico	Opposizione a interventi profilattici non necessari
Consenso Informato Preventivo	Diritto a conoscere e approvare ogni terapia	Obbligo di spiegazione completa prima di qualsiasi somministrazione
Autonomia Decisionale	Libertà di scelta terapeutica senza imposizioni	Rifiuto di terapie obbligatorie per motivi di salute pubblica
Precauzione e Naturalità	Preferenza per i processi naturali	Evitare interventi preventivi non giustificati rischio individuale

2.2 POSIZIONE SUI VACCINI - DICHIARAZIONE PRINCIPALE

text

IN QUANTO CITTADINO/A SOVRANO/A DEL POPOLO VENETO, DICHIARO:

1. RICONOSCO la mia responsabilità individuale verso la mia salute
2. AFFERMO il mio diritto a un consenso veramente informato e libero
3. RIFIUTO il principio della profilassi di massa senza valutazione individuale
4. REVENDICO la facoltà di scegliere in base al mio rapporto rischio/beneficio personal e
5. IMPUGNO qualsiasi imposizione vaccinale contraria alla mia volontà cosciente

Questa posizione si basa su:

- Il principio di autodeterminazione del Popolo Veneto
- Il diritto all'integrità fisica garantito dalla Costituzione
- La tradizione veneta di libertà di coscienza e responsabilità individuale
- La mia personale valutazione etica e scientifica

PARTE III: TRATTAMENTI NON CONSENTITI -

3.1 RIFIUTO DELLE SOMMINISTRAZIONI VACCINALI - DETTAGLIO OPERATIVO

3.1.1 Principio Fondamentale

Nessuna vaccinazione, profilattica o terapeutica, può essere somministrata al mio corpo senza il mio consenso libero, informato e specifico, espresso personalmente o attraverso il mio fiduciario secondo le modalità previste dalla presente DAT.

3.1.2 Categorie di Vaccini Esplicitamente Rifiutati

text

✗ VACCINI OBBLIGATORI PER LEGGE (in qualsiasi circostanza):

- Anti-difterica, anti-tetanica, anti-poliomielitica, anti-epatite B
- Anti-pertosse, anti-Haemophilus influenzae tipo b
- Anti-morbillo, anti-parotite, anti-rosolia (MPR)
- Anti-varicella
- Anti-pneumococcica e anti-meningococcica
- Qualsiasi nuovo vaccino aggiunto all'obbligo per legge

✗ VACCINI RACCOMANDATI (in qualsiasi circostanza):

- Anti-influenzale
- Anti-papillomavirus (HPV)
- Anti-Herpes Zoster
- Anti-COVID-19 (qualsiasi tipo, mRNA, vettore virale, proteico)
- Anti-colera, anti-tifo, anti-epatite A, anti-epatite B per viaggiatori
- Anti-rotavirus, anti-meningococco B

✗ VACCINI SPERIMENTALI O IN TRIAL CLINICO:

- Qualsiasi vaccino non ancora approvato definitivamente
- Vaccini in fase di sperimentazione clinica
- Vaccini a tecnologia nuova non sufficientemente testata

✗ VACCINI PER EMERGENZE SANITARIE:

- Vaccini sviluppati in regime di emergenza/autorizzazione condizionata
- Vaccini somministrati in campagne di massa emergenziali
- Vaccini il cui consenso sia ottenuto attraverso pressione o limitazione di diritti

✗ BOOSTER/RICHIAMI VACCINALI:

- Qualsiasi dose di richiamo per vaccinazioni precedenti
- Vaccinazioni periodiche/ripetute nel tempo

3.1.3 Condizioni Specifiche di Rifiuto

text

IN CASO DI:

- Ricovero ospedaliero: Rifiuto di qualsiasi vaccinazione, anche se "di routine"
- Accesso a strutture residenziali: Nessuna vaccinazione come requisito di accesso
- Attività lavorativa: Rifiuto di vaccinazioni obbligatorie per professione
- Scuola/Università: Opposizione a qualsiasi obbligo vaccinale per l'iscrizione
- Viaggi internazionali: Rifiuto di vaccinazioni richieste per visti/ingressi
- Emergenze sanitarie pubbliche: Rifiuto di vaccinazioni imposte per "protezione collettiva"
- Gravidanza: Rifiuto assoluto di vaccinazioni in gravidanza
- Età pediatrica/anziana: Rifiuto di vaccinazioni per "categorie a rischio"

3.1.4 Clausola di Deroga (solo in casi estremamente specifici)

Una vaccinazione POTREBBE essere considerata ESCLUSIVAMENTE se:

1. Si tratta di un trattamento post-esposizione a rischio elevatissimo (es. rabbia, tetano in ferita contaminata)
2. Il rischio immediato per la vita è documentato e inequivocabile
3. Non esistono alternative terapeutiche valide
4. Il mio fiduciario, dopo consultazione con due medici indipendenti, dà il consenso ESPLICITO E SCRITTO
5. Viene rispettata la seguente procedura:
text

PROCEDURA PER EVENTUALE DEROGA:

- [] Consultazione con due specialisti indipendenti
- [] Valutazione rischio/beneficio individuale documentata
- [] Consenso informato FIRMATO dal fiduciario
- [] Scelta del vaccino con minore impatto sistematico
- [] Monitoraggio stretto post-somministrazione
- [] Registrazione dettagliata nel diario decisionale

3.2 RIFIUTO DELL'ACCANIMENTO TERAPEUTICO (*confermato dalla versione precedente*)

- Rianimazione cardio-polmonare non proporzionata
- Ventilazione meccanica invasiva prolungata
- Interventi chirurgici sperimentali o sproporzionati
- Nutrizione e idratazione artificiali in fase terminale
- Dialisi continuativa in pazienti terminali
- Chemio/radioterapia palliativa con grave tossicità

3.3 RIFIUTO DI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI SPECIFICI (*espanso*)

- Farmaci sperimentali o in trial clinico
- Psicofarmaci che alterino la coscienza (salvo per sedazione palliativa)
- Immunoterapie non strettamente necessarie
- **Farmaci a mRNA o a tecnologia genetica nuova**
- **Prodotti classificati come "vaccini" a scopo terapeutico** (es. vaccini anticancro)

- Trasfusioni ematiche non strettamente necessarie
-

PARTE IV: PROTOCOLLO OPERATIVO PER IL RIFIUTO VACCINALE

4.1 PROCEDURA STANDARD PER IL FIDUCIARIO

text

SITUAZIONE: Proposta di vaccinazione in qualsiasi contesto

AZIONE IMMEDIATA DEL FIDUCIARIO:

FASE 1 - BLOCCAGGIO (Minuto 0-5):

- Dichiarare immediatamente: "Il paziente ha DAT che rifiutano ESPRESSAMENTE qualsiasi vaccinazione"
- Mostrare la Sezione 3.1 delle DAT in versione sintetica
- Chiedere sospensione di qualsiasi preparativo alla somministrazione
- Richiedere colloquio con il responsabile medico

FASE 2 - DEMOSTRAZIONE (Minuto 5-30):

- Presentare la versione completa delle DAT
- Far leggere al medico la Sezione 3.1.2 (categorie rifiutate)
- Ottenere conferma scritta di presa visione
- Compilare il "Modulo di Rifiuto Vaccinale" (Allegato A)

FASE 3 - DOCUMENTAZIONE (Minuto 30-60):

- Inserire nella cartella clinica copia della Sezione 3.1
- Registrare l'evento nel Diario Decisionale (Sezione 8.1)
- Inviare comunicazione scritta al Direttore Sanitario
- Aggiornare lo stato nel registro digitale delle opposizioni

FASE 4 - SORVEGLIANZA (Ore successive):

- Verificare che nessuna vaccinazione sia stata somministrata
- Controllare la documentazione clinica per errori
- Preparare eventuale reclamo formale in caso di violazione

4.2 GESTIONE DEI CONFLITTI SPECIFICI PER VACCINAZIONI

text

SCENARIO 1: Vaccinazione proposta in ospedale come "routine"

- Risposta: "Non esiste routine che prevale sul consenso informato. Rifiuto categorico."
- Azione: Richiesta di colloquio con Direttore Sanitario entro 1 ora

- Documentazione: Modulo di opposizione con firma del medico proposto

SCENARIO 2: Vaccinazione obbligatoria per legge

- Risposta: "Richiedo verifica della legittimità costituzionale di tale obbligo rispetto alle DAT."
- Azione: Contatto immediato con avvocato, richiesta di sospensione cautelare
- Documentazione: Ricorso al Giudice Tutelare entro 24 ore

SCENARIO 3: Vaccinazione richiesta per accesso a struttura

- Risposta: "Questa condizione costituisce discriminazione e violazione delle DAT."
- Azione: Denuncia all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personalini
- Documentazione: Comunicazione formale alla direzione della struttura

SCENARIO 4: Emergenza sanitaria pubblica con imposizioni vaccinali

- Risposta: "Mantengo il rifiuto anche in emergenza, esercitando il diritto all'autodeterminazione."
- Azione: Richiesta di esenzione per motivi di coscienza/documentati
- Documentazione: Certificato medico di controindicazione (se ottenibile)

SCENARIO 5: Tentativo di vaccinazione forzata/senza consenso

- Risposta: "Questa è violenza personale e lesione grave dei diritti costituzionali."
- Azione: Denuncia immediata alle forze dell'ordine per lesioni personali
- Documentazione: Foto/video prova, testimoni, referto medico del tentativo

4.3 MODULO DI RIFIUTO VACCINALE (Allegato A)

text

MODULO DI OPPOSIZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE VACCINALE

DAT n.: _____

Io sottoscritto _____,
in qualità di Fiduciario del Sig./ra _____,

OPPONGO alla proposta di somministrazione del vaccino:

- Nome vaccino: _____
- Tipo: Obbligatorio per legge Raccomandato Sperimentale
- Motivo proposta: _____

MOTIVAZIONE DEL RIFIUTO (basata sulle DAT):

- Rifiuto categorico di tutte le vaccinazioni (Sez. 3.1.1)
- Appartenenza a categoria esplicitamente rifiutata (Sez. 3.1.2)
- Mancanza di consenso informato libero e specifico
- Violazione del principio di sovranità corporea

****INFORMAZIONI CLINICHE RILEVANTI:****

- Stato attuale del paziente: _____
- Eventuali controindicazioni note: _____
- Alternative proposte: _____

****CONSEGUENZE ACCETTATE:****

Il sottoscritto è consapevole che il rifiuto potrebbe comportare:

- Limitazione di accesso a determinati servizi
- Obblighi alternativi (es. tamponi periodici)
- Conseguenze amministrative o legali
- Rischi per la salute individuale e collettiva

****FIRME:****

Fiduciario: _____ Data: ___/___/___

Medico Proponente: _____ Data: ___/___/___

Testimone: _____ Data: ___/___/___

****PROTOCOLLO:****

Inserito in cartella clinica il: ___/___/___ da: _____

Comunicato al Direttore Sanitario il: ___/___/___

Copia al Comune depositario DAT: Sì No

PARTE V: NOMINA E POTERI DEL FIDUCIARIO (ESPANSI)

5.1 POTERI SPECIFICI RELATIVI AL RIFIUTO VACCINALE

Il mio fiduciario è ESPRESSAMENTE autorizzato e INCARICATO di:

1. **Opporsi attivamente** a qualsiasi proposta di vaccinazione in qualsiasi contesto
2. **Richiedere documentazione completa** sul vaccino proposto (bugiardino, studi, effetti avversi)
3. **Consultare specialisti indipendenti** per valutazioni alternative
4. **Avviare azioni legali** in caso di tentativi di imposizione vaccinale
5. **Richiedere esenzioni** da obblighi vaccinali per motivi di coscienza o di salute
6. **Scegliere terapie alternative** non vaccinali in caso di necessità profilattiche
7. **Rifiutare conseguenze discriminatorie** derivanti dal rifiuto vaccinale

5.2 CHECKLIST GIORNALIERA FIDUCIARIO (VERSIONE ESPANSA)

text

[] Controllo che non siano stati somministrati vaccini

- [] Verifica che in cartella non ci siano prescrizioni vaccinali
- [] Monitoraggio di eventuali pressioni per vaccinazioni
- [] Aggiornamento registro opposizioni vaccinali
- [] Contatto con associazioni di supporto per resistenza vaccinale
- [] Preparazione documentazione per eventuali contenziosi
- [] Formazione continua sui diritti di rifiuto vaccinale

5.3 SCENARI OPERATIVI PER IL FIDUCIARIO

text

SCENARIO A: Ricovero ospedaliero programmato

- Prima del ricovero: Inviare lettera al Direttore Sanitario con rifiuto preventivo
- All'ingresso: Consegnare al triage il "Modulo di Rifiuto Vaccinale" precompilato
- Giornalmente: Verificare che in terapia non ci siano vaccini

SCENARIO B: Emergenza sanitaria con misure vaccinali

- Contattare immediatamente l'avvocato per ricorsi cautelari
- Richiedere certificato medico di controindicazione
- Partecipare a gruppi di sostegno per resistenza collettiva
- Documentare ogni pressione o minaccia

SCENARIO C: Richiesta vaccinale per attività specifica

- Valutare alternative legali (es. tamponi invece di vaccino)
 - Negoziazione per accomodamenti ragionevoli
 - Preparazione a eventuali rinunce all'attività
 - Cercare comunità/ambienti che rispettino la scelta
-

PARTE VI: GESTIONE DELLE CONSEGUENZE DEL RIFIUTO

6.1 PIANO ALTERNATIVO ALLA VACCINAZIONE

text

IN CASO DI RISCHIO INFETTIVO ELEVATO, AUTORIZZO:

- Isolamento volontario invece della vaccinazione
- Utilizzo di terapie preventive non vaccinali
- Profilassi farmacologica post-esposizione (se non vaccino)
- Misure di igiene e protezione individuale rafforzate
- Monitoraggio clinico intensivo invece della prevenzione vaccinale

PIANO SPECIFICO PER MALATTIE INFETTIVE:

- INFLUENZA: Isolamento in periodo epidemico, terapia sintomatica precoce

- COVID-19: Quarantena preventiva, uso di protocolli precoci, monitoraggio ossigenazione
- MALATTIE ESANTEMATICHE: Isolamento, supporto sintomatico, controlli medici
- EPATITI: Precauzioni igieniche, evitamento di comportamenti a rischio
- MALATTIE DA VIAGGIATORI: Rinuncia al viaggio invece della vaccinazione

6.2 GESTIONE DELLE SANZIONI O LIMITAZIONI

text

IN CASO DI:

- Multe o sanzioni amministrative: Ricorso legale supportato da avvocato
- Limitazione accesso scuola/lavoro: Homeschooling/lavoro autonomo alternativa
- Restrizioni di movimento: Azione legale per discriminazione
- Stigma sociale: Partecipazione a gruppi di supporto, controinformazione
- Difficoltà nei viaggi: Scelta di destinazioni senza obblighi vaccinali

PIANO ECONOMICO:

- Fondo legale per contenziosi vaccinali: € _____
- Fondo per terapie alternative: € _____
- Fondo per educazione domiciliare (se necessario): € _____
- Fondo per periodi di isolamento/inattività: € _____

6.3 SUPPORTO PSICOLOGICO E DI COMUNITÀ

text

RISORSE ATTIVABILI:

- Rete di famiglie con scelte vaccinali simili: _____
- Gruppi di sostegno alla libertà di scelta vaccinale: _____
- Professionisti sanitari rispettosi delle DAT: _____
- Avvocati specializzati in diritti sanitari: _____
- Comunità venete/alternative che condividono i valori: _____

PIANO DI RESILIENZA:

- Formazione continua sui diritti sanitari
- Partecipazione a iniziative di sensibilizzazione
- Creazione di reti di mutuo aiuto
- Documentazione e condivisione di esperienze
- Sostegno legale ed economico reciproco

PARTE VII: REGISTRAZIONE E TRACCIABILITÀ DIGITALE

7.1 SISTEMA DI NOTARIZZAZIONE SPECIFICO

text

DOCUMENTO PRINCIPALE CON RIFIUTO VACCINALE:

- Hash SHA-256: _____
- Timestamp blockchain: __/__/__ __:__:__
- Token ID: DAT-VEN-VAXREF-_____
- Smart contract specifico per sezione vaccini: 0x_____

REGISTRO DELLE OPPOSIZIONI VACCINALI:

Data	Contesto	Vaccino proposto	Esito	Hash registrazione
_____	_____	_____	_____	_____
____/____/____	Ospedale _____	_____	Rifiutato	_____
____/____/____	Scuola _____	_____	Rifiutato	_____
____/____/____	Lavoro _____	_____	Rifiutato	_____
_____	_____	_____	_____	_____

SINCRONIZZAZIONE CON:

- Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale
- Registro Nazionale delle DAT
- Database delle opposizioni vaccinali (se esistente)
- Associazioni per la libertà di scelta vaccinale

7.2 APP FIDUCIARIO - FUNZIONALITÀ ANTIVACCINALE

text

FUNZIONALITÀ SPECIFICHE:

- "Allarme vaccini": Notifica se nella terapia compaiono vaccini
- Database interattivo dei vaccini con alternative
- Geolocalizzazione di strutture "vaccine-free"
- Moduli precompilati di rifiuto per varie situazioni
- Rete sociale con altri fiduciari con DAT simili
- Aggiornamenti legali sulle normative vaccinali

SISTEMA DI ALLERTA:

- Alert per nuove leggi/regolamenti vaccinali
- Notifica di focolai epidemici nelle zone frequentate
- Promemoria per rinnovi di esenzioni/certificazioni
- Allerta per campagne vaccinali nel territorio

PARTE VIII: DISPOSIZIONI FINALI E FIRME

8.1 DICHIARAZIONE FINALE INTEGRATA

Io sottoscritto/a _____,
CONFERMO E RAFFORZO con la presente versione integrata:

1. Il mio **rifiuto categorico, assoluto e non negoziabile** di qualsiasi somministrazione vaccinale
2. La **priorità della mia sovranità corporea** su qualsiasi ragione di salute pubblica
3. La **piena consapevolezza delle conseguenze** di questa scelta, che accetto integralmente
4. La **delega totale al mio fiduciario** di opporsi con ogni mezzo legale a imposizioni vaccinali
5. La **volontà di subire qualsiasi conseguenza** (legale, sociale, sanitaria) piuttosto che cedere su questo principio

Questa posizione è **costitutiva della mia identità personale e veneta**, e rappresenta un **principio non derogabile** della mia esistenza.

8.2 ACCETTAZIONE FIDUCIARI CON IMPEGNO SPECIFICO

Noi sottoscritti, fiduciario principale e sostituto:

CONOSCIAMO la profondità e l'assolutezza del rifiuto vaccinale

ACCETTIAMO la responsabilità di difenderlo in ogni contesto

CI IMPEGNIAMO a utilizzare ogni strumento legale e pratico per opporci alle vaccinazioni

GARANTIAMO di preferire qualsiasi conseguenza alla violazione di questo principio

Fiduciario Principale: _____ Data: //____

Firma: _____

Impegno specifico vaccinale: **CONFERMATO**

Fiduciario Sostituto: _____ Data: //____

Firma: _____

Impegno specifico vaccinale: **CONFERMATO**

8.3 RICEVUTA E REGISTRAZIONE UFFICIALE

Il Comune di _____

Ufficio _____

Protocollo n. _____

DICHIARA di aver ricevuto e registrato le presenti DAT **nella loro versione integrata con esplicito rifiuto vaccinale**.

PRENDE ATTO della particolare determinazione espressa sulla questione vaccinale.

SI IMPEGNA a conservare e trasmettere tale documentazione nei passaggi di competenza.

Ufficiale: _____ Firma: _____
Timbro: [Spazio per timbro ufficiale]

Data registrazione: //_____

8.4 NOTARIZZAZIONE BLOCKCHAIN INTEGRATA

text

TOKEN ID COMPLETO: DAT-VEN-VAXREF-[Codice Fiscale]-[Timestamp]

BLOCKCHAIN: VenetoChain Mainnet + HealthFreedom Ledger

HASH DOCUMENTO COMPLETO: _____

HASH SEZIONE VACCINI (3.1): _____

TIMESTAMP: __/__/__ __:__:_ GMT

SMART CONTRACT: 0x_____

VALIDATORI: Nodo Venezia, Nodo Autodeterminazione, Nodo Libertà Sanitaria

CERTIFICAZIONE SPECIFICA:

- Rifiuto vaccinale integrato e notarizzato
- Validità costituzionale verificata (per quanto possibile)
- Compatibilità con Legge 219/2017 certificata
- Sistema di allerta e opposizione implementato
- Rete di supporto specifica attivata

QR CODE PER VERIFICA RAPIDA RIFIUTO VACCINALE:

[QR code applicato]

ALLEGATI SPECIFICI PER IL RIFIUTO VACCINALE

ALLEGATO A: Modulo di Rifiuto Vaccinale (*già incluso nella Parte IV*)

ALLEGATO B: Lettera Standard per Istituzioni

text

OGGETTO: Comunicazione preventiva di rifiuto vaccinale in base a DAT

Al Direttore Sanitario/Responsabile di _____,

Con la presente si comunica che il/la Sig./ra _____,
ricoverato/presente presso la Vostra struttura, ha sottoscritto Disposizioni
Anticipate di Trattamento che INCLUDONO ESPRESSO RIFIUTO DI OGNI SOMMINISTRAZIONE
VACCINALE in qualsiasi forma e per qualsiasi motivo.

Si invita pertanto la Vostra struttura a:

1. Prendere atto di tale volontà inequivocabile
2. Astenersi dal proporre qualsiasi vaccinazione
3. Inserire nella cartella clinica copia della sezione vaccini delle DAT
4. Formare il personale sul rispetto di tale disposizione
5. Comunicare eventuali obblighi di legge in contrasto con tale volontà

In caso di violazione, si procederà con azioni legali per lesione di diritti costituzionali e violazione della Legge 219/2017.

Cordiali saluti,

Il Fiduciario: _____

Data: ___/___/___

ALLEGATO C: Piano di Monitoraggio Sanitario Alternativo

text

IN ASSENZA DI VACCINAZIONI, AUTORIZZO IL SEGUENTE PIANO DI MONITORAGGIO:

- Controlli ematici periodici per immunità naturale: ogni 6 mesi
- Test sierologici dopo esposizioni a malattie: a richiesta
- Monitoraggio sintomi precoci in periodi epidemici: quotidiano
- Isolamento preventivo in caso di focolai: attivazione immediata
- Terapie preventive non vaccinali: valutazione caso per caso
- Supporto nutrizionale/immunitario: integratori, dieta specifica
- Registrazione storia immunitaria naturale: documento personale

RESPONSABILE DEL PIANO:

Medico di fiducia: Dott. _____

Specialista di riferimento: Dott. _____

Fiduciario coordinatore: _____

DOCUMENTO VALIDO FINO A REVOCA ESPlicita

VERSIONE: 4.0 - Integrata con Rifiuto Vaccinale Assoluto

PROSSIMA REVISIONE: //____ (ogni 2 anni per aggiornamenti normativi)

TUTTI I DIRITTI DI AUTODETERMINAZIONE E RIFIUTO VACCINALE RISERVATI

Documento conforme alla Legge 219/2017, ai principi costituzionali di autodeterminazione, ai valori del Popolo Veneto e al diritto sovrano di rifiutare trattamenti sanitari non consensuali. La sezione sul rifiuto vaccinale si fonda sul diritto al consenso informato e alla libertà di cura sanciti dall'articolo 32 della Costituzione Italiana.