

TITUL MENO PRIEZVISKO, ULICA ČÍSLO, PSČ MESTO/OBEC, tel.: TELEF.ČÍSLO

Odbor epidemiológie
Regionálny úrad verejného zdravotníctva
so sídlom v REGIONÁLNO MESTE
ULICA ČÍSLO
PSČ REGIONÁLNE MESTO

V MESTE/OBCI dňa DD.MM.RRRR

Vec: Nesúhlas s očkovaním mojich detí

Ja, dolu podpísaná **TITUL MENO PRIEZVISKO** (nar. **DD.MM.RRRR** v **MESTE/OBCI**), týmto ako matka a zákonná zástupkyňa mojich detí **MENO PRIEZVISKO** (nar. **DD.MM.RRRR** v **MESTE/OBCI**) a **MENO PRIEZVISKO** (nar. **DD.MM.RRRR**), v súlade s právom na informovaný súhlas o zdravotnej starostlivosti, zakotveným v *Dohovore o ľudských právach a biomedicíne* (čl. 5 a čl. 6 — ods. 2), ktorý je na území Slovenskej republiky platný od 1.XII.1999 v znení *Oznámenia MZV SR č. 40/2000 Z.z.*, bližšie upraveným v § 6 a § 11 ods. 8 *Zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov* a v zmysle ustanovení *Ústavy SR* o základných ľudských právach a slobodách

**vyhlasujem, že NESÚHLASÍM s akýmkoľvek očkovaním svojich detí
(vrátane detí, ktoré sa mi prípadne narodí v budúcnosti,
a vrátane očkovaní, ktoré prípadne budú zavedené v budúcnosti).**

Upozornenie:

1. Žiadam o striktné rešpektovanie tohto môjho nesúhlasu.
2. Môj nesúhlas s očkovaním môjho dieťaťa je definitívny. Akékoľvek ďalšie presvedčanie zo strany (R)ÚVZ na tom nič nezmení.

Zoznam príloh:

1. Dodatok k „Nesúhlasu s očkovaním mojich detí“
2. Zdôvodnenie „Nesúhlasu s očkovaním mojich detí“

.....
TITUL MENO PRIEZVISKO