



MINISTERO
DELL'INTERNO

拒绝接受疫苗接种声明书

姓名: _____

出生地: _____

税号或临时医疗卡号: _____

接待机构: _____

卫生部门为保护集体和个人健康，建议所有居住在临时安置中心（CAS）的居民接种以下疫苗：
白喉、破伤风、百日咳、麻疹、腮腺炎、风疹、水痘、小儿麻痹症、乙型肝炎。

本人声明：

- 已阅读并理解有关疫苗接种及其疾病预防的相关信息资料
- 已有提出关于疫苗和自我健康问题的机会，并获得详尽明了的答复
- 已了解疫苗接种的好处、风险，以及拒绝或放弃完成整个预定接种周期可能带来的后果。
- 本人明白不接种疫苗可能会导致上述疾病的传播，并可能对自身及身边人（家人、住所其他客人）的健康造成严重后果，因此本人将自行负责承担，声明不愿接受以下疫苗接种：

- 白喉/破伤风/百日咳疫苗
- 麻疹/腮腺炎/风疹疫苗
- 水痘疫苗
- 乙型肝炎疫苗
- 脊髓灰质炎疫苗

另外，本人已被告知，如果出现与上述疾病相符的症状，必须立即通知主治医生和 CAS 负责人。

最后，本人声明已被告知可以随时更改选择并接种疫苗。

地点和日期

签名（姓名）

医护人员签名
