

DICHIARAZIONE DI OBIEZIONE DI COSCIENZA

(art. 9 Legge 22.05.1978 n. 194)

Al Direttore Sanitario
A.S.L.

Al Direttore Sanitario
Azienda Ospedaliera o
Casa di Cura privata

E p.c. Al Presidente
Ordine Provinciale dei Medici
Chirurghi e Odontoiatri di Novara

Il/La sottoscritt _____

Nat _____ il _____ a _____

Residente in _____

Titolo (ostetrico, ginecologo, anestesista) _____

In servizio presso _____

Con qualifica di _____

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 9 della legge 22 maggio 1978 n. 194 dichiara espressamente e formalmente di sollevare obiezione di coscienza e quindi si ritiene non tenuto a prendere parte alle procedure previste dagli artt. 5 – 7 della citata Legge ed agli interventi di interruzione volontaria di gravidanza.

Dichiara di essere a conoscenza dell'obbligo di attuare gli interventi necessari, qualora indispensabili, per salvare la vita della donna in imminente pericolo e di fornire l'assistenza necessaria antecedente e conseguentemente all'intervento abortivo.

Data ____ / ____ / ____

FIRMA
