

## Dichiarazione di obiezione di coscienza

.....  
(luogo e data)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
laureato e abilitato il \_\_\_\_\_  
iscritto negli elenchi di Medicina Generale c/o la ASL \_\_\_\_\_  
Medico Specialista \_\_\_\_\_ di codesto Ente  
(Indicare il ruolo pertinente)

Dichiara di volersi avvalere della facoltà di proporre obiezioni di coscienza ai sensi della legge 22/5/1978 n. 194 art. 9

- La presente ha valore immediato in quanto proposta entro 30 giorni dal conseguimento dell'abilitazione
- La presente ha valore tra trenta giorni e, pertanto, trascorso tale termine non parteciperò più alle procedure previste ai sensi degli artt. 5 e 7

.....  
(timbro e firma)

**N.B.:** La dichiarazione deve essere presentata e protocollata alla ASL di appartenenza