

Dott. _____

Al Direttore Sanitario
dell'ASL 1 Imperiese
Via Aurelia Ponente 97
18038 BUSSANA DI SANREMO IM

All'Ordine dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri
Via Cascione 7
18100 IMPERIA IM

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____

residente in _____ Via _____ n. _____

esercitante la seguente attività _____

presso _____

dichiara di sollevare *l'obiezione di coscienza* prevista dall'art. 9 della L. 22/5/1978 n. 194, e pertanto comunica che intende astenersi dal prendere parte alla procedura e agli interventi indicati negli art. 5,7 e 8 della suddetta legge.

In fede

(luogo e data)

(firma)