

Dott. _____

Al Direttore Generale
dell'Azienda ULSS n.
Via

All'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
Via Risorgimento n. 11
31100 TREVISO

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

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 artt. 5, 7 e 8 della suddetta legge.

In fede

(data)

(firma)