

فرم انصراف از تزریق واکسن کووید ۱۹

اینجانب فرزند به شماره ملی دارای سمت شغلی شاغل در ، با اطلاع و آگاهی کامل از عواقب پزشکی و همچنین عواقب قانونی عدم تزریق واکسن کووید ۱۹ و همچنین با اطلاع کامل از این امر که در حال حاضر در اولویت تزریق واکسن کووید ۱۹ می باشم ، در کمال صحت و سلامت عقل و با اختیار کامل و به دور از هر گونه جبر و الزامی بدین وسیله انصراف خود را از تزریق واکسن کووید ۱۹ اعلام می دارم .

بدیهی است از تاریخ امضای ذیل این نامه انصراف ، چنانچه هرگونه مشکلاتی از بابت عدم تزریق واکسن کووید ۱۹ برای اینجانب پیش آید ، مسئولیت های قانونی آن را بر عهده بنده بوده و دانشگاه علوم پزشکی و واحد های تابعه در این خصوص مسئولیتی در این زمینه نخواهند داشت .

نام و نام خانوادگی

امضاء

تاریخ