All’

Azienda Sanitaria dell’Alto Adige

Direttore Generale Dr. Christian Kofler

Via Thomas-Alva-Edison 10/D

39100 Bolzano

*pec: dg@pec.sabes.it*

# **ISTANZA ai sensi degli artt. 22 e segg. Legge 241/1990**

# **PER L’ESERCIZIO DEL DIRITTO DI ACCESSO**

# **agli studi clinici con veri gruppi di controllo per vaccino contro il tetano**

# **CON RICHIESTA DI COPIA**

La/Il sottoscritta/o,

* Sig.ra (*nome e cognome*) ……………………..

nata il ……… a ………………., residente in……………………. *(indirizzo esatto!)*

cittadina italiana, codice fiscale ………………….. e

* Sig. (*nome e cognome*),

nato il ……… a ………………., residente in ……………………

cittadino italiano, codice fiscale ………………..

nella sua/loro qualità di madre/padre/genitori del/la minorenne

(*nome e cognome)…………………………………………*

nata/o il ……… a ………………., residente in ……………………

cittadina/o italiana/o, codice fiscale …………….

PREMESSO CHE

1. La direzione della scuola / il datore di lavoro del/la sopra indicata/o minorenne ha chiesto la vaccinazione contro il tetano ai fini dell’ammissione alle lezioni di pratica / ai fini della prosecuzione nel rapporto di lavoro/tirocinio
2. **farmaci possono essere usati in via generalizzata solo dopo la conferma della loro efficacia e sicurezza**;
3. la **conferma della sicurezza ed efficacia** può avvenire solo con **studi clinici** basati su un vero gruppo di controllo;
4. un **vero gruppo di controllo** di uno studio clinico presuppone che ai partecipanti al gruppo di controllo venga iniettata una **sostanza neutrale;**
5. **nel caso di studi clinici per la conferma dell’efficacia e sicurezza delle vaccinazioni, la sostanza neutrale ovviamente non può essere costituita da una vaccinazione paragonabile ossia da una sostanza che contiene gli adiuvanti contenuti nella vaccinazione da studiare (p.e. sali di alluminio ecc.) oppure altri componenti biologicamente attivi;**
6. è un chiaro **Diritto/Obbligo della/del/dei sottoscritta/o/i nella loro qualità di madre/padre/genitori di pretendere la necessaria trasparenza in merito all’asserita sicurezza ed efficacia di quella sostanza che l’Azienda Sanitaria intende inoculare al suo/loro figlio/a quale vaccino contro il tetano**

Tanto premesso,

la/il/i sottoscritta/o/i madre/padre/genitori del/la minorenne sopra indicato

**CHIEDE / CHIEDONO**

**ai sensi dell’art. 22 e segg. Legge n. 241/1990 l’accesso alla pubblicazione degli studi clinici con un vero gruppo di controllo per la conferma dell’efficacia e sicurezza del vaccino contro il tetano che viene attualmente usato dall’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige, e**

**CHIEDE / CHIEDONO, inoltre, di:**

* **Ottenere copia dei documenti richiesti all’indirizzo pec o postale sopra indicato**

*(Luogo e data)*

*(Nome e cognome e firma)*

Si allega: (*deve essere necessariamente allegato!)*

1. Copia carte d’identità Sig.ra ….
2. Copia carta d’identità Sig. …..