

Corrientes,dede 2021

Sres. DIRECTIVOS

Me dirijo a Uds. en mi carácter de tutor/a del/la menor DNI N° , que cursa el año en esta Institución para DEJAR **CONSTANCIA DE MI RECHAZO ABSOLUTO** que ante cualquier situación sanitaria que surja, se le realice a mi hija cualquier tipo de práctica médica (de la naturaleza que sea, sea prueba diagnóstica, tratamiento preventivo o terapéutico) SIN MI EXPRESO CONSENTIMIENTO Y PREVIO AVISO.

ASÍ **NO AUTORIZO** A QUE SE LE REALICE A antes, durante o luego del horario escolar:

- TEST DE COVID-19
- ENCUESTA CON DATOS PERSONALES DE MI TUTELADA.
- VACUNACIÓN (DE LA VACUNA QUE SEA) SIN MI EXPRESA AUTORIZACIÓN.
- CUALQUIER PRÁCTICA MÉDICA, SEA DE LA NATURALEZA QUE SEA SIN MI EXPRESO CONSENTIMIENTO PREVIO.

Todo esto amparados en los derechos que nos asisten:

- RESPONSABILIDAD PARENTAL (Art. 646 Cód. Civil y Comercial de la Nación)
- CAPACIDAD PERSONA MENOR DE EDAD (Art. 26 Cód. Civil y Comercial)
- DERECHOS Y ACTOS PERSONALÍSIMOS (Art. 51 Cód. Civil y Comercial)
- INVESTIGACION EN SERES HUMANOS (Art. 58 Cód. Civil y Com. De la Nación)
- CONSENTIMIENTO PARA ACTOS MÉDICOS (Art.59 Cód. Civil y Com. De la Nación)
- LEY 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. ARTICULOS 1,2,3,4,5,6 y 7.

-CÓDIGO DE NUREMBERG. NORMAS ÉTICAS SOBRE EXPERIMENTACIÓN EN SERES HUMANOS. (es esencial el CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO DEL SUJETO HUMANO)

-DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS. UNESCO. AÑO 2005 ARTS. 1,2,3, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 16 y 19.

Sin otro particular, los saludo muy atentamente.-

Nombre y apellido tutor:.....

DNI N°

Firma: