

**LIBERATORIA AL MEDICO CURANTE**  
**per la prescrizione del**  
**PROTOCOLLO DOMICILIARE COVID-19**

Egr. Dott.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
documento d'identità \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

esercitando il diritto alla libera scelta tra diverse procedure di trattamenti sanitari, così come sancito dall'Articolo 5. della Carta Europea dei Diritti del Malato

**CHIEDE**

di essere curato secondo il protocollo di cura per il Covid-19 di seguito specificato:

- Idrossiclorochina
- Azitromicina • Zinco picolinato
- Ivermectina
- Colchicina

con l'aggiunta, se ritenuto necessario in base a valutazione medica, di:

- Anticoagulante
- Corticosteroidi
- Altri che siano necessari, secondo criterio specializzato

**DICHIARA**

di essersi informato sul suddetto protocollo di cure, avendo compreso sia gli eventuali rischi che i benefici della cura e di non essere affetto da:

- patologie cardiache
- deficit della glucosio-6-fosfato deidrogenasi
- retinopatia

**ESONERA**

il medico curante da ogni responsabilità civile, penale e morale per effetti collaterali che dovessero conseguire all'applicazione del suddetto protocollo (in particolare per ciò che concerne l'idrossiclorochina, il cui uso, ad oggi, è sconsigliato, ma non vietato) assumendosene in pieno gli eventuali rischi.

In fede,

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_