CERTIFICAT A FAIRE SIGNER PAR LE MÉDECIN OU LE DIRECTEUR DE L’ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER REFUSANT LA PRISE EN CHARGE D’UN PATIENT POUR RAISON DE NON PRÉSENTATION D’UN PASS VACCINAL CONTRE LA COVID-19  
  
HOPITAL :   
NOM du médecin :  
PRÉNOM du médecin :  
Fonction :  
Date :  
  
Objet : refus des prises en charge médicales

*Je refuse d’apporter des soins et d’accepter dans mon établissement ainsi de permettre* d’accéder à des biens et services public et privé de première nécessité ou de faire face à des situations d’urgence pour *le dénommé patient ici présent : ………………………………...   
En raison de la Loi du 5 août 2020 et pour raison de non présentation ou d’absence de justificatifs portant sur le Pass Sanitaire ou Vaccinal.*

*Par ce fait je reconnais  
  
Enfreindre mon serment d’Hippocrate de 2012 ainsi que la déclaration de Genève de 2017  
Enfreindre la Convention d'Oviedo, le pacte international aux droits civiques et politiques 1 Art 7, le code de Nuremberg, La convention européenne de sauvegarde des droits de l’homme, la charte des droits fondamentaux de l’union européenne,… liste non exhaustive.*

*J’applique la discrimination afin de porter atteinte en totale violation de l’Article 14 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l’homme et des libertés fondamentales, et en assume l’entière responsabilité.*

*Signature*