

**ESPOSTO**

Il giorno [data ....., ora .....], è comparso davanti a me, ufficiale [nome dell'ufficiale di polizia ....., [rango .....], presso l'Ufficio di Polizia / stazione dei Carabinieri di ..... [nome e indirizzo dell'ufficio .....] una persona che affermi di essere:

**Minore(i):**

|                               |       |       |       |       |
|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| <b>Cognome:</b>               | ..... | ..... | ..... | ..... |
| <b>Primo nome:</b>            | ..... | ..... | ..... | ..... |
| <b>Data di nascita:</b>       | ..... | ..... | ..... | ..... |
| <b>Luogo di nascita:</b>      | ..... | ..... | ..... | ..... |
| <b>Genere:</b>                | ..... | ..... | ..... | ..... |
| <b>Nazionalità:</b>           | ..... | ..... | ..... | ..... |
| <b>Indirizzo:</b>             | ..... | ..... | ..... | ..... |
| <b>Codice postale, luogo:</b> | ..... | ..... | ..... | ..... |

**IL QUALE DICHIARA:**

**Fatto:** ..... di aver subito la minaccia di un vaccino (indiretto) obbligatorio. Di conseguenza, la popolazione del nostro paese è minacciata da:

1. maltrattamenti (gravi) mediante vaccinazione (indiretta) obbligatoria,
2. esclusione dalle attività sociali in caso di rifiuto della vaccinazione e
3. omicidio / omicidio (condizionale) / morte per colpa / morte per maltrattamento a causa di un vaccino mortale.

**Il fatto è avvenuto il (data xx/xx/xxxx) ..... in (paese) / città / via ..... /presso la struttura.....**

alla presenza di .....

Il dichiarante  
[firma]

l'Ufficiale di polizia  
[firma]