

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):

Cognome:	.....	.....	.....	.....
Primo nome:	.....	.....	.....	.....
Data di nascita:	.....	.....	.....	.....
Luogo di nascita:	.....	.....	.....	.....
Genere:	.....	.....	.....	.....
Nazionalità:	.....	.....	.....	.....
Indirizzo:	.....	.....	.....	.....
Codice postale, luogo:	.....	.....	.....	.....

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]