**AL COLEGIO/ INSTITUTO DE**

Don/Dña …………….……………..…, con DNI …………....., con domicilio a efectos de notificaciones en Calle ………………, del municipio de ………… con C.P………… y número de teléfono ………………., ante el órgano al que me dirijo comparezco y

**DIGO**

**Primero.-**

Que como madre o padre y actual representante legal del alumno …………………… de la clase …........ del curso………..……, **ME OPONGO y DENIEGO MI CONSENTIMIENTO Y REVOCO LOS OTORGADOS, en relación a la imposición de uso de mascarilla en el centro escolar, realización de pruebas diagnósticas, administración de medicamentos o vacunas de cualquier tipo, incluidos los medicamentos experimentales de terapia génica.**

La legislación internacional, europea y nacional reconoce la autonomía sanitaria de cada individuo, por lo que nadie está habilitado, salvo yo, en cuanto representante legal del citado menor, para tomar decisiones en relación a las cuestiones indicadas.

**Segundo.-**

**Prohibo, expresamente, que se recomiende, interrogue, discrimine, sancione, o por medio de cualquier otro tipo de acción, a que se influya o presione a mi hijo/a sobre datos de salud**, ya relativos a la vacunación, ya relativos a la realización de pruebas diagnósticas de cualquier tipo, debiendo dirigirse a mí, para cualquier cuestión en relación a esos temas.

La legislación internacional, europea y española relativa a la protección de datos ampara mi decisión.

**POR TODO ELLO, SOLICITO Y EXIJO:**

como titular de la patria potestad sobre mi hijo/a y en protección de sus derechos fundamentales, innatos, inalienables e imprescriptibles a la vida, integridad física, libre desarrollo de la personalidad, libertad, igualdad e intimidad, que se cumplan estrictamente, tanto por el Director del Centro, como por el personal docente, y en sus propios términos, todas las cuestiones antedichas, bajo apercibimiento del pertinente ejercicio de las reclamaciones y acciones administrativas, civiles y penales que me otorga la legislación vigente.

En ………………….., a fecha

Firma D/Dª…………nombre………………….