…………….., ……………. de …………………….. de 2021

Señor/a Director/a de

…………………………………………..

Dr/Dra ……………………………….

SU DESPACHO

De mi consideración:

Me dirijo a Ud. en razón de prestar servicios como profesional médico/a en el establecimiento bajo su Dirección a fin de comunicarle que formulo mi objeción de conciencia con respecto a la práctica denominada “Interrupción voluntaria del embarazo” y a manifestarle mi negativa a intervenir directa o indirectamente en su realización por cuanto dicha práctica contraría mis más profundas convicciones. Ejerzo este derecho que forma parte de los derechos reconocidos en los artículos 14 y 19 de la Constitución Nacional y los concordantes de la Constitución de la Provincia de Buenos Aires y luego de haber consultado con mi entidad colegiada a la que remitiré copia del presente, ello sin perjuicio de que habré de intervenir exclusivamente en caso de urgencias que pongan en peligro inminente la vida de algún paciente.

Hago saber que el ejercicio de mi derecho a la presente objeción de conciencia no implica reconocer valor obligatorio a ninguna ley y/o acto administrativo que establezca la obligatoriedad de efectuar la práctica objetada, como así también que solicito que la presente declaración se mantenga con las debidas reservas y bajo la especial protección de la ley Nro. 25.326 de Protección de Datos Personales.

Conforme a lo que antecede, le ruego se tome debida nota de lo que aquí comunico y se adopten las medidas necesarias para evitar que en el establecimiento bajo su Dirección se requiera mi intervención profesional en la práctica respecto de la cual aquí manifiesto aquí mi fundada negativa a intervenir en su ejecución.

Salúdole atentamente.

         ……………………………………..

         M.P. ……… M.N……………..