

n. dose: \_\_\_\_\_

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <b>Cognome e Nome * :</b>  |                                      |
| <b>Data di nascita:</b>  | <b>Luogo di nascita:</b>             |
| <b>Comune di residenza:</b>  | <b>Indirizzo di residenza:</b>       |
| <b>Telefono *:</b>   | <b>E-mail *:</b>                     |
| <b>N. Tessera Sanitaria (se disponibile) *:</b>  | <b>Codice Fiscale *:</b>             |
| <b>In qualità di genitore/tutore/amministratore di sostegno del:</b>   |                                      |
| <input type="checkbox"/> Minore<br><input type="checkbox"/> Interdetto/Infermo/Incapace<br><input type="checkbox"/> Altro, specificare _____ |                                      |
| <i>In caso di MINORE, riportare i dati identificativi dei genitori o di altro soggetto titolare di responsabilità genitoriale</i>            |                                      |
| <b>(GENITORE 1/SOGGETTO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE/LEGALE) Cognome e Nome:</b>  |                                      |
| <b>Data di nascita:</b>  | <b>Luogo di nascita:</b>             |
| <b>Telefono:</b>   | <b>E-mail:</b>                       |
| <b>(GENITORE 2) Cognome e Nome:</b>  |                                      |
| <b>Data di nascita:</b>  | <b>Luogo di nascita:</b>             |
| <b>Telefono:</b>   | <b>E-mail:</b>                       |
| <i>Estremi del Provvedimento dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente (A.G.)</i>  |                                      |
| <b>Tribunale (indicare il tipo di A.G.):</b>   | <b>Provincia/distretto dell'A.G.</b> |
| <b>Numero del provvedimento</b>  | <b>Data del provvedimento</b>        |

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità **dichiaro che:**

- **Ho letto**, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: " \_\_\_\_\_ " ^
- **Ho riferito al Medico** le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.
- **Ho avuto la possibilità** di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- **Sono stato correttamente informato** con parole a me chiare.

\* Campi obbligatori ai fini della corretta identificazione del soggetto, della registrazione dei dati e della trasmissione dei dati alle piattaforme nazionali anche ai fini del rilascio della certificazione verde Covid-19 (Green Pass).

^ Le note informative sono quelle allegate alle circolari del Ministero della Salute pubblicate sul sito <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/archivioNormativaNuovoCoronavirus.jsp>

- Ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento del ciclo vaccinale, alla dose **aggiuntiva** oppure alla dose di richiamo (**booster**).
- Ho compreso la possibilità di ricevere nella stessa seduta vaccinale la somministrazione di una dose di un altro vaccino (ad es. vaccino antinfluenzale) come previsto dalla circolare del Ministero della Salute n. 44591 del 02.10.2021.
- Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale, sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.
- Accetto di rimanere nella sala d'attesa per almeno **15 minuti** dalla somministrazione del vaccino per consentire agli operatori sanitari di assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

| ACCONSENSO E AUTORIZZO<br>la somministrazione del vaccino<br>" _____ " | RIFIUTO<br>la somministrazione del vaccino<br>" _____ "       |
|--|---|
| <b>Luogo e data:</b>   | <b>Luogo e data:</b>  |
| Firma del vaccinando/del genitore/del rappresentante legale:           | Firma del vaccinando/del genitore/del rappresentante legale:  |
| Firma del vaccinando/del genitore/del rappresentante legale:           | Firma del vaccinando /del genitore/del rappresentante legale: |

| Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale <sup>2</sup>  |   |
|---|---|
| <b>Cognome e Nome (Medico):</b>   | <b>Cognome, Nome e Ruolo (Operatore Sanitario):</b>   |
| <i>Confermo che il vaccinando ha espresso il consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.</i> | <i>Confermo che il vaccinando ha espresso il consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.</i> |
| <b>Firma:</b>   | <b>Firma:</b>   |

*Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento (UE), n. 2016/679): i dati personali raccolti ai fini del presente procedimento saranno trattati, con strumenti cartacei e elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dall' art.15 della medesima norma.*

Documenti allegati:

- MODULO TRIAGE PREVACCINALE (Allegato B)
- MODULO DELEGA (Allegato C)
- MODULO MINORE STRANIERO NON ACCOMPAGNATO (Allegato D)
- MODULO DICHIARAZIONE GENITORE (Allegato E)
- altro: \_\_\_\_\_

*Segue riepilogo "Dettagli operativi della vaccinazione", da compilarsi a cura del professionista sanitario dell'equipe vaccinale.*

<sup>2</sup> La presenza del secondo professionista sanitario non è indispensabile in caso di vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo medico, al domicilio del vaccinando o in stato di criticità logistico-organizzativa.

