

**Nome e Cognome del vaccinando** \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

**Dati identificativi dei genitori o del Rappresentante Legale**

Padre (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Madre (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_ nata il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Rappresentante Legale (tutore o altro): \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

   sottoscritt   

consapevole/i delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

**DICHIARA/NO**

sotto la propria responsabilità: **di aver ricevuto** tramite

- materiale informativo specifico sull'argomento che è stato preventivamente reso disponibile e di cui ho compreso il contenuto;
- colloquio con un medico/operatore sanitario:

un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:

- sulla modalità di effettuazione della/e vaccinazione/i e la via di somministrazione del/i vaccino/i;
  - sui vantaggi, il grado di efficacia e gli effetti collaterali della vaccinazione nonché delle possibili conseguenze sanitarie derivanti dalla mancata vaccinazione;
  - sulle condizioni morbose che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
  - sugli eventuali effetti collaterali della/e vaccinazione/i e probabilità del loro verificarsi, nonché delle possibilità e modalità di loro trattamento;
  - sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore colloquio per poter acquisire ulteriori informazioni;
  - sulla possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento, con conseguente mancata o ridotta (se trattasi di ciclo vaccinale a più dosi non completato) protezione nei confronti della/e malattia/e per cui si vaccina;
- di essere stato invitato/o a trattenere il minore vaccinato presso l'Ambulatorio per i quindici minuti successivi alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini; di aver riferito corrette informazioni sullo stato di salute del vaccinando;

- di **aver acquisito l'assenso dell'altro genitore**, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna;
- di **esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;

e quindi di **ACCETTARE** la seguente vaccinazione proposta

	<b>accetto</b>	<b>firma</b>
<b>VACCINO COVID 19 COMIRNATY (PFIZER)</b>		

**Firma dei genitori/del legale rappresentante**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Informativa**

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla vaccinazione, accettata dal vaccinando, Per la vaccinazione proposta, sono state affrontate le tematiche relative alle rispettive patologie, a vaccino utilizzato e alle modalità e sede di somministrazione, ai rischi e conseguenze della mancata vaccinazione, alle controindicazioni e ai possibili effetti collaterali e sono state fornite indicazioni sulla normativa (L.210/92) in caso di eventi avversi gravi alle vaccinazioni obbligatorie.

Ho inoltre verificato che le informazioni fornite sono state recepite con soddisfazione dall'utente.

**L'Operatore Sanitario**

\_\_\_\_\_