ASL LECCE
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

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 _____

_l_ 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 invitata/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

	accetto	**firma**
VACCINO COVID 19 COMIRNATY (PFIZER)		

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

_____