

ACCONSENTO E AUTORIZZO la somministrazione del vaccino " "	RIFIUTO la somministrazione del vaccino " "
Luogo e data:	Luogo e data:
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 ²	
Cognome e Nome (Medico):	Cognome, Nome e Ruolo (Operatore Sanitario):
<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>
Firma:	Firma:

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.

² 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.

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

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.
- Ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale mancata vaccinazione o di una rinuncia al completamento del ciclo vaccinale.
- 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

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
 DIREZIONE**

Sede legale: Lungomare Starita 6, 70123 BARI
 Telefono: 0805842442

E-MAIL: dipartimento.prevenzione@asl.bari.it

PEC: dipartimentoprevenzione.aslbari@pec.rupar.puglia.it



**REGIONE
 PUGLIA**