



Vaccinazione Anti-Covid 19  
**Modulo di Consenso**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_

Luogo di Nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo residenza \_\_\_\_\_

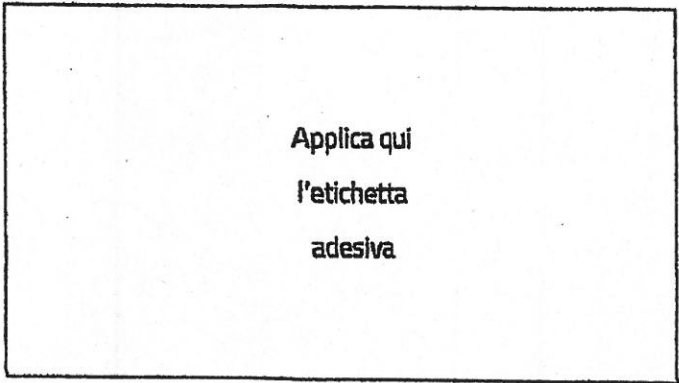
Telefono \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_



- ✓ 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) per il vaccino selezionato in basso, di cui ricevo copia.
  - ✓ Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica, riferendo patologie attuali e/o pregresse e terapie in corso di esecuzione.
  - ✓ In presenza di un Professionista Sanitario addetto alla vaccinazione ho posto 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 rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose, se prevista.
  - ✓ 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'aspetta per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.
- Accosento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19"
  - Accosento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "COVID-19 Vaccine Moderna"
  - Accosento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "COVID-19 Vaccine AstraZeneca"
  - Accosento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "COVID-19 Vaccine Janssen"

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma utente \_\_\_\_\_

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Luogo \_\_\_\_\_

**Professionista Sanitario dell'equipe vaccinale**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Ruolo \_\_\_\_\_

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma \_\_\_\_\_



Consenso

# Modulo di consenso

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

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

Telefono \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

**RAPPRESENTANTE LEGALE/GENITORE 1**

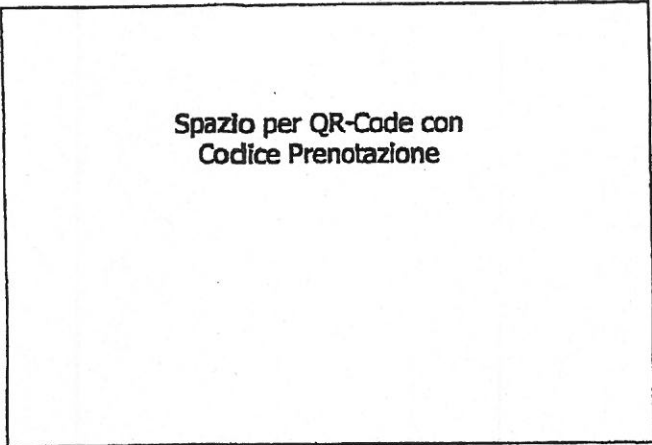
Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**DATI DEL GENITORE 2**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_



- 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) per il vaccino selezionato in basso, di cui ricevo copia.
- Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica, riferendo patologie attuali e/o pregresse e terapie in corso di esecuzione.
- In presenza di un Professionista Sanitario addetto alla vaccinazione ho posto 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 rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione.
- Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarò mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.
- Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.
- Dichiaro di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna o di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente (nel caso di presenza di un unico genitore).

\_\_\_\_\_ la somministrazione della vaccinazione anti-Covid-19 mediante vaccino [\_\_\_\_\_]

Luogo \_\_\_\_\_,

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma Rappresentante Legale/Genitore 1**

**Firma Genitore 2**

**Professionista Sanitario dell'equipe vaccinale**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo [\_\_\_\_\_] alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma \_\_\_\_\_