

Vaccinazione Anti-Covid 19

**Avvenuta somministrazione**

## Vaccinazione Anti-Covid 19

l'Italia rinasce con un fiore

Firma sanitario \_\_\_\_\_

Applica qui  
l'etichetta  
adesiva



Dati personali

\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ (cognome e nome) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_

## DATI DEL TUTORE

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

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

Applica qui  
l'etichetta  
adesiva

## ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti del **Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)**, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

## Letto, confermato e sottoscritto

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

Luogo \_\_\_\_\_

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

## REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (GDPR)

Gentile Signore/a,

Desideriamo informarla che il Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) prevede la tutela delle persone delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

- 1 I dati da Lei forniti verranno trattati per tracciare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19.
- 2 Il trattamento sarà effettuato in modalità informatizzata.
- 3 Il conferimento dei dati è **OBBLIGATORIO** per registrare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19 verso il Sistema Sanitario Nazionale e che l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporterebbe la mancata prosecuzione del rapporto.
- 4 I dati potranno essere/saranno comunicati al Servizio Sanitario Nazionale e al Ministero della Salute.  
Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare lo stato di salute del soggetto vaccinato.  
I dati sanitari potranno essere trattati da centri medici specializzati nel valutare l'idoneità alla vaccinazione.
- 5 Il Responsabile del trattamento dei dati personali indicati è INVITALIA, con sede in Via Calabria, 46 - 00187 Roma
- 6 In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR).



Vaccinazione Anti-Covid 19

### Autocertificazione

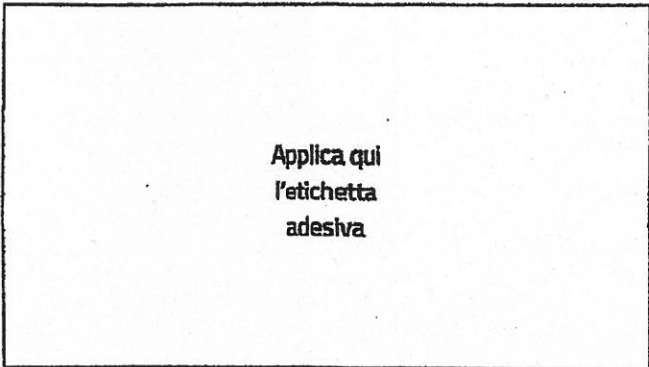
\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ (cognome e nome)

\_\_\_\_\_ nat. \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DATI DEL TUTORE**

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

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



Applica qui  
l'etichetta  
adesiva

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, dichiara sotto la propria responsabilità di appartenere a una delle seguenti categorie:

- Frequenza comunità (es.asilo)
- Convivente di soggetto ad alto rischio
- Detenuto
- Età > 60
- Forze di Polizia
- Vigili del Fuoco
- Donna in gravidanza
- Operatore Sanitario
- Operatori non Sanitari
- Anziani Lungodegenza
- Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta
- Personale di Laboratorio
- Residenza in area a maggior rischio
- Altra attività lavorativa a rischio
- Donatori di Sangue
- Operatore Scolastico
- Staff strutture di Lungodegenza
- Studente dell'Area Sanitaria
- Volontario del settore della Sanità
- Altro
- Soggetto vulnerabile per Patologia
- Nessuna indicazione

Dichiaro di aver già ricevuto una 1° dose di vaccino nel paese \_\_\_\_\_  
della tipologia \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

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

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

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



Autocertificazione



Anamnestico

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

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

Telefono \_\_\_\_\_

**DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE**

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

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

Applica qui  
 l'etichetta  
 adesiva

**Anamnesi**

Da compilare a cura del *Vaccinando* e da riesaminare insieme ai **Professionisti Sanitari** addetti alla vaccinazione.

- |    |  |                             |                             |                                 |
|----|--|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 1  | Attualmente è malato?  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 2  | Ha febbre?   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 3  | Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?<br>Se sì, specificare: _____   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 4  | Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 5  | Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 6  | Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario?<br>(Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 7  | Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario<br>(esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 8  | Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici,<br>oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?                                      | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 9  | Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 10 | Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?<br>Se sì, quale/i? _____  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 11 | Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo<br>alla prima o alla seconda somministrazione?  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 12 | Per le donne: sta allattando?  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 13 | Sta assumendo farmaci anticoagulanti?  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |

**Specifichi di seguito i farmaci, gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



*Anamnesi COVID-correlata*

1. Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?  SI  NO  NON SO
2. Manifesta uno dei seguenti sintomi:
- Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simili influenzali?
  - Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?
  - Dolore addominale/diarrea?
  - Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?
3. Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?  SI  NO  NON SO
4. Test COVID-19:
- Nessun test COVID-19 recente
  - Test COVID-19 negativo in data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_
  - Test COVID-19 positivo in data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_
  - In attesa di test COVID-19 in data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute

---

---

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

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

Firma medico \_\_\_\_\_

