



MODULO DI CONSENSO

Cognome _____

Nome _____

Codice fiscale _____

Telefono _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza _____

RAPPRESENTANTE LEGALE/ GENITORE 1

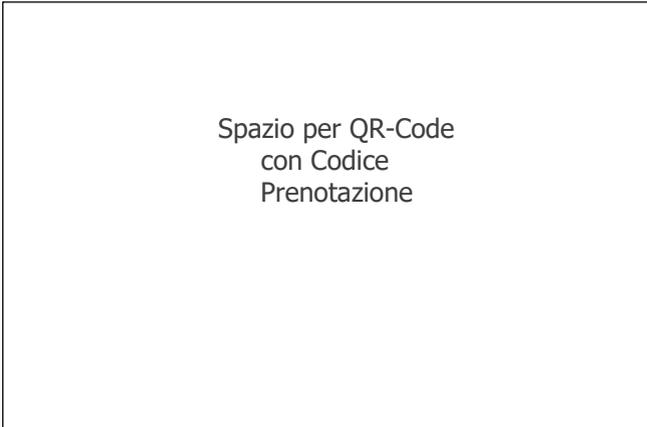
Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

DATI DEL GENITORE 2

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____



Spazio per QR-Code
con Codice
Prenotazione

- 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.
- Ho compilato/risposto alle domande della Scheda Anamnestica in modo veritiero.
- 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 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).

Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione _____ mediante vaccino _____

Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione _____ 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 consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma _____