

**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 sarà 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 _____