

**MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTI-COVID-19
PER MINORI DI ANNI 18**

DATI IDENTIFICATIVI DEL VACCINANDO

Cognome Nome.....

Data di nascita.....Luogo di nascita.....

Residenza.....

TelefonoMail

Numero tessera sanitaria (se disponibile).....

Codice fiscale.....

**DATI IDENTIFICATIVI DEI GENITORI O DI ALTRI SOGGETTI TITOLARI DELLA POTESTA'
GENITORIALE**

1) Genitore/Titolare della potestà genitoriale

Cognome Nome.....

nato a il

Documento di identità n.

Rilasciato dail.....

Scadenza

2) Genitore/Titolare della potestà genitoriale

Cognome Nome.....

nato a il

Documento di identità n.

Rilasciato dail.....

Scadenza

Il sottoscritt / _____
consapevole/i delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o
formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in
caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

DICHIARA/DICHIARANO
sotto la propria responsabilità:

- di aver letto, di aver ricevuto illustrazioni in una lingua nota e di aver del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: _____
 - di aver riferito al Medico le patologie del minore, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione;
 - di aver avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del minore ottenendo risposte esaurienti e da me/noi comprese;
 - di essere stato adeguatamente informato con parole a me/noi chiare;
 - di aver compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione del minore, 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;
 - di essere consapevole/i che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà responsabilità del genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale informare immediatamente il Medico curante del minore e seguirne le indicazioni;
 - di accettare di rimanere con il minore nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate;
- o di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, mediante delega scritta corredata da copia di documento di identità (in allegato);
 - o di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente;

**SPAZIO RISERVATO AD EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL TRIBUNALE DEI MINORI
RELATIVAMENTE ALLA POTESTA' GENITORIALE**

Provvedimento del Tribunale dei Minori di
n. data

di **ACCONSENTIRE ED AUTORIZZARE** la somministrazione del **VACCINO COVID 19** _____

Data e Luogo _____

Firma del minore _____

Firma del 1° genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale

Firma del 2° genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale

di RIFIUTARE la somministrazione del VACCINO COVID 19 _____

Data e Luogo _____

Firma del minore _____

Firma del 1°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale _____

Firma del 2°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale _____

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

Cognome e Nome (Medico) _____

confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

Firma _____

Cognome e Nome e _____ Ruolo _____

confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

Firma _____

La presenza del 2° sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo Medico, al domicilio o in stato di criticità logistico-organizzativa.

N.B. LA VACCINAZIONE NON POTRA' ESSERE EFFETTUATA IN CASO DI MANCANZA DEI DOCUMENTI SOPRA CITATI

DELEGA PER LA VACCINAZIONE anti-COVID-19 nei MINORI

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

Io sottoscritto/a (nome e cognome del genitore che non può essere presente alla vaccinazione)

Documento _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data _____

Rec. Telefonico _____

Padre / Madre di (nome e cognome) _____

Nato/a a _____ il _____

Impossibilitato ad essere presente **esprimo il mio consenso alla somministrazione del suddetto vaccino e al trattamento dei dati personali e**

DELEGO

Il /la Sig./Sig. ra (nome e cognome) _____

_____ Padre / Madre del minore

Documento _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data _____

a **rappresentarmi** presso l'Ambulatorio vaccinale per la vaccinazione di **NOSTRO/A FIGLIO/A**

(nome e cognome) _____

IN DATA _____

Si allega alla presente fotocopia del documento d'identità del dichiarante

(luogo, data)

firma del Delegante