

Modulo di prestazione del consenso informato alla vaccinazione antinfluenzale

Il/La sottoscritto/a

Cognome e Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Codice Fiscale/ENI/STP:	
Iscritto al SSR:	<input type="checkbox"/> SSR Puglia <input type="checkbox"/> SSR altra Regione <input type="checkbox"/> Straniero ENI/STP <input type="checkbox"/> Altro
Residente:	<input type="checkbox"/> Nella regione Puglia <input type="checkbox"/> In altra Regione <input type="checkbox"/> All'estero
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Telefono:	E-mail:

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false

DICHIARA sotto la propria responsabilità di

- aver ricevuto le informazioni contenute nella *nota informativa sintetica sull'utilizzo del vaccino antinfluenzale* (Allegato 6 del presente modulo);
- aver ricevuto l'*informativa privacy* in merito al trattamento dei dati personali e particolari relativi alla prestazione sanitaria inerente al Programma di prevenzione e controllo dell'influenza (Allegato 3 del presente modulo);
- essere stato informato sui benefici e potenziali rischi della vaccinazione antinfluenzale;
- essere stato informato dell'obbligatorietà/non obbligatorietà della vaccinazione antinfluenzale;
- essere stato informato sulle condizioni morbose che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
- aver avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti.

**PERTANTO, ACCONSENTE/NON ACCONSENTE AD ESSERE SOTTOPOSTO/A
ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE.**

	DATA	COGNOME E NOME	FIRMA
ASSISTITO			

Dati obbligatori da riportare a cura dell'Operatore sanitario vaccinatore:

Motivo della vaccinazione	
Nome commerciale del vaccino	
Luogo della vaccinazione	<input type="checkbox"/> Ambulatorio/studio <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> Altra struttura residenziale/semiresidenziale <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Struttura ospedaliera per acuzie <input type="checkbox"/> Struttura ospedaliera post-acuzie <input type="checkbox"/> Altro.....

Luogo e data:
Firma dell'Operatore sanitario vaccinatore

Il/La/I sottoscritto/a, le cui generalità sono sopra riportate, dichiara, inoltre:

- di aver ricevuto, letto e compreso la *nota informativa sintetica sull'utilizzo del vaccino antinfluenzale* (Allegato 6 del presente modulo)
- di aver ricevuto, letto e compreso l'*informativa privacy* in merito al trattamento dei dati personali e particolari relativi alla prestazione sanitaria inerente al Programma di prevenzione e controllo dell'influenza (Allegato 3 del presente modulo) ed esprime il proprio consenso.

Luogo e data:
Firma dell'Assistito