

**Modulo di prestazione del consenso informato alla vaccinazione antinfluenzale
per minori e soggetti a misure di protezione giuridica**
Dati identificativi del Vaccinando

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 (del genitore/rappresentante legale):	
E-mail (del genitore/rappresentante legale):	

Dati identificativi dei genitori/rappresentante legale

PADRE (Cognome e nome):	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
MADRE (Cognome e nome):	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
RAPPRESENTANTE LEGALE (Cognome e nome):	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Identificato tramite:	
Rilasciato da:	Data di rilascio:

__ l __ sottoscritt __ / __ consapevole/i delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm.ii., nonché in caso di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false

DICHIARA/DICHIARANO 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;
- aver avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti;
- essere stato informato sulle condizioni morbose che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
- essere stato/a invitato/a a trattenere il vaccinando per i venti minuti successivi alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini;
- aver riferito corrette informazioni sullo stato di salute del vaccinando;
- di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore (Cognome e nome)nato/a il, il/la quale è impossibilitato/a a presenziare nella giornata odierna;
- di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente.

**PERTANTO, ACCONSENTE/ACCONSENTONO/NON ACCONSENTE/NON ACCONSENTONO
ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE.**

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/i, le cui generalità sono sopra riportate, dichiara/dichiarano, 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 del genitore/dei genitori/del rappresentante: