

Modulo di prestazione del consenso informato alla vaccinazione antinfluenzale

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a.....

In data.....Codice Fiscale/ENI/STP.....

Residente in.....alla via.....

Iscritto all SSR Puglia SR altra Regione Straniero ENI/STPI Altro

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, letto e compreso le informazioni contenute nella *nota informativa sintetica sull'utilizzo del vaccino antinfluenzale*;

aver ricevuto, letto e compreso l'*informativa privacy* in merito al trattamento dei dati personali e particolari per le finalità relative alla prestazione sanitaria inerente alla campagna di vaccinazione per la prevenzione e il controllo dell'influenza;

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 antinfluenzale;

aver avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti.

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

Luogo e data:	Firma dell'Assistito
---------------	----------------------

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

Motivo della vaccinazione.....

Nome commerciale del vaccino.....

Luogo della vaccinazione:

Ambulatorio/studio RSA Altra struttura residenziale/semiresidenziale Domicilio

Struttura ospedaliera per acuzie Struttura ospedaliera post-acuzie Altro

Nome e Cognome	Firma dell'Operatore sanitario vaccinatore
----------------	--