

**Modulo di prestazione del consenso informato alla vaccinazione antinfluenzale  
per minori e soggetti sottoposti a misure di protezione giuridica****GENITORE 1** (Cognome e nome).....

nato/a a.....in data.....

**GENITORE 2** (Cognome e nome).....

nato/a a.....in data.....

**RAPPRESENTANTE LEGALE** (Cognome e nome).....

nato/a a.....in data.....

Provvedimento.....

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, 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 relativi alla prestazione sanitaria inerente alla campagna di vaccinazione autunnale e invernale 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;

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 antinfluenzale;

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 ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE di**

Nome e cognome del vaccinando ..... nato/a .....

in data.....Codice Fiscale/ENI/STP.....

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

Iscritto/a al SSR Puglia SSR altra Regione Straniero ENI/STP Altro

Telefono e E-mail (del genitore/rappresentate legale).....

Luogo e data	Firma del Genitore/Genitori/Rappresentante legale
--------------	---

**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

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