

n. dose: _____

DATI DEL VACCINANDO	
Cognome e Nome * :	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Telefono *:	E-mail *:
N. Tessera Sanitaria (se disponibile) *:	Codice Fiscale *:
<i>In caso di MINORE/INTERDETTO/INFERMO/INCAPACE, riportare i dati identificativi dei genitori o di altro soggetto titolare di responsabilità genitoriale/legale</i>	
(GENITORE 1/SOGGETTO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE/LEGALE)	
Cognome e Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Telefono:	E-mail:
(GENITORE 2)	
Cognome e Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Telefono:	E-mail:
<i>Estremi del Provvedimento dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente (A.G.)</i>	
Tribunale (indicare il tipo di A.G.):	Provincia/distretto dell'A.G.
Numero del provvedimento	Data del provvedimento

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità **dichiaro che:**

1. Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: " _____ " ²
2. Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.
3. Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
4. Sono stato correttamente informato con parole a me chiare.
5. Ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al **completamento del ciclo vaccinale, alla dose addizionale oppure alla dose di richiamo (booster).**

* Campi obbligatori ai fini della corretta identificazione del soggetto, della registrazione dei dati e della trasmissione dei dati alle piattaforme nazionali anche al fini del rilascio della certificazione verde Covid-19 (Green Pass).

² Le note informative sono quelle allegare alle circolari del Ministero della Salute pubblicate sul sito <https://www.salute.gov.it/portale/nuovacoronavirus/archivioNormativaNuovoCoronavirus.jsp>

6. Ho compreso la possibilità di ricevere nella stessa seduta vaccinale la somministrazione di una dose di un altro vaccino (ad es. vaccino antinfluenzale) come previsto dalla circolare del Ministero della Salute n. 44591 del 02.10.2021.
7. Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale, sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.
8. Accetto di rimanere nella sala d'attesa per almeno **15 minuti** dalla somministrazione del vaccino per consentire agli operatori sanitari di assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

ACCONSENTO E AUTORIZZO la somministrazione del vaccino " _____ "	RIFIUTO la somministrazione del vaccino " _____ "
Luogo e data:	Luogo e data:
Firma del vaccinando/del genitore1/del rappresentante legale:	Firma del vaccinando/del genitore1/del rappresentante legale:
Firma del vaccinando/del genitore2/del rappresentante legale:	Firma del vaccinando /del genitore2/del rappresentante legale:

Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale ³	
Cognome e Nome (Medico):	Cognome, Nome e Ruolo (Operatore Sanitario):
<i>Confermo che il vaccinando ha espresso il consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.</i>	<i>Confermo che il vaccinando ha espresso il consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.</i>
Firma:	Firma:

Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento (UE), n. 2016/679): I dati personali raccolti ai fini del presente procedimento saranno trattati, con strumenti cartacei e elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dall' art.15 della medesima norma.

Documenti allegati (indicare gli eventuali ulteriori moduli allegati):

- Allegato B - MODULO TRIAGE PREVACCINALE;
- Allegato C - MODULO DELEGA del GENITORE/TUTORE che è impossibilitato a presenziare alla seduta vaccinale del minore;
- Allegato D - MODULO MINORE STRANIERO NON ACCOMPAGNATO;
- Allegato E - MODULO AUTODICHIARAZIONE DEL GENITORE ACCOMPAGNATORE, circa l'impossibilità / lontananza dell'altro genitore a sottoscrivere la delega con consenso alla vaccinazione;
- altro: _____

Segue riepilogo "Dettagli operativi della vaccinazione", da compilarsi a cura del professionista sanitario dell'equipe vaccinale.

³ La presenza del secondo professionista sanitario non è indispensabile in caso di vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo medico, al domicilio del vaccinando o in stato di criticità logistico-organizzativa.

Dettagli operativi della vaccinazione anti Covid-19 (a cura del professionista sanitario)															
Tipo vaccino	Dose			Sede inoculo			Lotto	Scadenza	Sede vaccinale	Data e ora inoculo	Osservazione post vaccino			Firma del sanitario	
	1	2	3	Deltoide DX	Deltoide SX	Altro sito					15 minuti	30 minuti	60 minuti		
Comirnaty (Pfizer-Biontech)															
Spikevax (Moderna)															
Vaxzevria (AstraZeneca)															
Janssen (J&J)															
Altro vaccino, specificare _____															

Somministrazione delle dosi (seconda e booster) successive alla prima per il minore in fascia di età 5-18 anni	
DATI DEL VACCINANDO	
Cognome e Nome * :	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Telefono *:	E-mail *:
N. Tessera Sanitaria (se disponibile) *:	Codice Fiscale *:
Scuola frequentata:	
DATI DEL GENITORE/SOGGETTO ESERCENTE RESPONSABILITA' GENITORIALE	
Cognome e Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Telefono:	E-mail:
<input type="checkbox"/> Dichiara di essere consapevole che la manifestazione di consenso informato e relativa modulistica sottoscritta in occasione della somministrazione della prima dose del vaccino anti SARS-CoV-2/COVID19 " _____ ", avvenuta in data _____ è valida per tutto il ciclo vaccinale;	
<input type="checkbox"/> Dichiara di essere consapevole che in occasione della somministrazione della dose n. _____ resta necessaria una verifica da parte del personale sanitario preposto alla vaccinazione in merito ad eventuali modificazioni dello stato di salute e/o di patologie intercorse successivamente all'inoculazione della prima dose;	
<input type="checkbox"/> ACCETTO di sottoporre il suddetto minore alla somministrazione della dose n. _____ del vaccino anti SARS-CoV-2/COVID19 " _____ "	<input type="checkbox"/> NON ACCETTO di sottoporre il suddetto minore alla somministrazione della dose n. _____ del vaccino anti SARS-CoV-2/COVID19 " _____ "
<input type="checkbox"/> DICHIARO che, ad oggi, <u>NON CI SONO</u> state modificazioni dello stato di salute del minore rispetto a quanto da me dichiarato in occasione della somministrazione della prima dose.	<input type="checkbox"/> DICHIARO che, ad oggi, <u>CI SONO</u> state modificazioni dello stato di salute del minore rispetto a quanto da me dichiarato in occasione della somministrazione della prima dose.
<input type="checkbox"/> RIFIUTO di sottoporre il minore alla inoculazione proposta, benché edotto della probabile inefficacia protettiva della somministrazione di una sola dose di vaccino anti SARS-CoV-2/COVID-19 " _____ "	
Luogo e data:	
Firma del genitore1/del rappresentante legale che accompagna il minore	
Firma del genitore2/del rappresentante legale (se presente)	
<small>Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento (UE), n. 2016/679): i dati personali raccolti ai fini del presente procedimento saranno trattati, con strumenti cartacei e elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dall' art.15 della medesima norma.</small>	

* Campi obbligatori ai fini della corretta identificazione del soggetto, della registrazione dei dati e della trasmissione dei dati alle piattaforme nazionali anche ai fini del rilascio della certificazione verde Covid-19 (Green Pass).

ANAMNESI COVID-CORRELATA	SI	NO	NON SO
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da SARS-CoV-2 o affetta da COVID-19?			
<i>Manifesta uno dei seguenti sintomi?</i>			
Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali			
Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto			
Dolore addominale/diarrea			
Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
<i>Ha effettuato un Test COVID-19?</i>			
Nessun Test COVID-19 recente			
In attesa di test COVID-19 (Data:)			
Test COVID-19 Negativo (Data:)			
Test COVID-19 Positivo (Data:)			

Nel caso di minori:

(GENITORE 1/SOGGETTO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE/LEGALE) Cognome e Nome:	
Codice Fiscale:	Data e Luogo di nascita:
Telefono:	E-mail:
(GENITORE 2) Cognome e Nome:	
Codice Fiscale:	Data e Luogo di nascita:
Telefono:	E-mail:

Data e luogo:
Firma del vaccinando/genitore1/rappresentante legale:
Firma della vaccinando/genitore2/rappresentante legale:

DELEGA PER VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2/COVID-19 DEI SOGGETTI CON ETÀ INFERIORE AI 18 ANNI O DEI SOGGETTI SOTTOPOSTI A MISURE DI PROTEZIONE GIURIDICA ¹	
<i>Dati identificativi del vaccinando</i>	
Cognome:	Nome:
Data di nascita:	Luogo di Nascita:
Codice Fiscale:	Telefono mobile:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
<i>Dati identificativi dei genitori o del Rappresentante Legale/Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno</i>	
GENITORE 1	Cognome e Nome:
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Telefono:	E-mail:
Documento di riconoscimento (tipo e numero):	
Codice Fiscale:	
GENITORE 2	Cognome e Nome:
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Telefono:	E-mail:
Documento di riconoscimento (tipo e numero):	
Codice Fiscale:	
RAPPRESENTANTE LEGALE/TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO	
Cognome e Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Telefono:	E-mail:
Documento di riconoscimento (tipo e numero):	
Codice Fiscale:	

¹ Modulo da presentare al professionista sanitario dell'equipe vaccinale unitamente al documento di identità del/dei dichiarante/i.

Il/La/i sottoscritto/a/i consapevole/i delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, **dichiaro/dichiarano, sotto la propria responsabilità**, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm.ii.:

- di essere **GENITORE/I del MINORE vaccinando**;
oppure
- di essere **Rappresentante Legale/Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno del vaccinando**;
in questo caso, devono essere indicati i dati seguenti:

Provvedimento n.:	Data del Provvedimento:
Autorità:	

- di essere **impossibilitato/a/i a presenziare alla seduta per la somministrazione della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19**;
- di esprimere il **consenso alla somministrazione** del suddetto vaccino in favore del vaccinando;
- di esprimere il **consenso al trattamento dei dati personali** del/del sottoscritto/i e del vaccinando;
- di delegare, pertanto, **il/la Sig./Sig.ra:**

Cognome:	Nome:
Codice Fiscale:	Data e Luogo di Nascita:
Documento di riconoscimento (tipo e numero):	
Rilasciato da:	In data:

a rappresentarmi/ci presso la sede vaccinale il giorno ____ / ____ / ____ per la somministrazione della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19 in favore del vaccinando innanzi indicato.

Luogo e data:
Firma del Genitore1/Rappresentante legale
Firma del Genitore2/Rappresentante legale
<small>Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento (UE), n. 2016/679): i dati personali raccolti ai fini del presente procedimento saranno trattati, con strumenti cartacei e elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dall' art.15 della medesima norma.</small>

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO RESPONSABILE DEL MINORE STRANIERO NON ACCOMPAGNATO ¹	
Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione o dell'atto di Notorietà (Artt. 46-47 del DPR 18.12.2000, n. 445)	
IL/LA SOTTOSCRITTO/A	
Cognome:	Nome:
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Telefono:	E-mail:
Codice Fiscale:	
Documento di riconoscimento (tipo e numero):	
<i>Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (in particolare art. 76 DPR n. 445/2000)</i>	
DICHIARA	
<input type="checkbox"/> di essere il Tutore del minore straniero non accompagnato dai propri genitori	
<input type="checkbox"/> di essere il Responsabile della struttura affidataria del minore straniero non accompagnato dai propri genitori	
DATI DEL MINORE	
Cognome:	Nome:
Codice Fiscale o Codice STP/ENI	Luogo e Data di Nascita:
Nazionalità	Altri dati:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Atto di nomina quale Tutore o Responsabile	

Luogo e data:

Firma del Tutore/Rappresentante

Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento (UE), n. 2016/679): i dati personali raccolti ai fini del presente procedimento saranno trattati, con strumenti cartacei e elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dall' art.15 della medesima norma.

¹ Modulo da presentare al professionista sanitario dell'equipe vaccinale unitamente al documento di identità del tutore/responsabile della struttura affidataria.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' ¹ (Art. 47 del DPR 18.12.2000, n. 445)	
<i>IL/LA SOTTOSCRITTO/A</i>	
Cognome:	Nome:
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Telefono:	E-mail:
Codice Fiscale:	
Documento di riconoscimento (tipo e numero):	
<i>Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (in particolare art. 76 DPR n. 445/2000)</i>	
DICHIARA	
<input type="checkbox"/> di essere il Genitore del minore:	
Cognome:	Nome:
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Codice Fiscale:	
<input type="checkbox"/> di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli minori di età (allegato F "Estratto normativo")	
<input type="checkbox"/> di avere il seguente stato civile: <input type="checkbox"/> coniugato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> separato/a <input type="checkbox"/> divorziato/a <input type="checkbox"/> celibe/nubile	
In situazione di: <input type="checkbox"/> affidamento congiunto <input type="checkbox"/> genitore affidatario <input type="checkbox"/> genitore non affidatario	
<input type="checkbox"/> che l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per: <input type="checkbox"/> impedimento <input type="checkbox"/> lontananza	
<input type="checkbox"/> che, ai fini della applicazione della normativa in materia di esercizio della responsabilità genitoriale a seguito di separazione, scioglimento, cessazione degli effetti civili, annullamento, nullità del matrimonio limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, l'Autorità Giudiziaria competente ha stabilito che il/la sottoscritto/a esercita la potestà separatamente.	
Luogo e data:	Firma del genitore dichiarante:
<i>Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento (UE), n. 2016/679): i dati personali raccolti ai fini del presente procedimento saranno trattati, con strumenti cartacei e elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dall' art.15 della medesima norma.</i>	

¹ Modulo da presentare al professionista sanitario dell'equipe vaccinale unitamente al documento di identità del/dei dichiarante/i.