



**REGIONE
PUGLIA**



Puglia Salute



**prevenzione
Puglia**

Modulo di prestazione del consenso informato alla vaccinazione

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

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

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

Iscritto al ☐ SSR Puglia ☐ SSR altra Regione ☐ Straniero ENI/STP ☐ 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/dei vaccino/i*;
- ☐ aver ricevuto, letto e compreso l'*informativa* sul trattamento dei dati personali e particolari per le finalità relative alla prestazione sanitaria inerente la vaccinazione per la prevenzione del (indicare la malattia prevenibile);
- ☐ essere stato informato sui benefici e potenziali rischi della vaccinazione;
- ☐ 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 AD ESSERE SOTTOPOSTO/A ALLA VACCINAZIONE

Luogo e data:	Firma dell'Assistito

Dati obbligatori da riportare a cura dell'Operatore vaccinatore:

Motivo della vaccinazione.....

Nomi commerciali dei vaccini

Luogo della vaccinazione:

Il presente modulo di consenso è redatto ai sensi della Legge n. 219/2017 sul consenso informato, degli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione, nonché nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003.

Nome e Cognome	Firma dell'Operatore vaccinatore