



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.....

___ I ___ 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* sul 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 quindici 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/rappresentante legale).....

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

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. Per i minori e i soggetti sottoposti a tutela/curatela si applicano gli artt. 316 e ss., 357 e 424 del Codice Civile. In caso di conflitto tra genitori è necessario il consenso di entrambi, salvo provvedimento dell'Autorità Giudiziaria.

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
-----------------------	---