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 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 vaccino antinfluenzale*;
- ☐ aver ricevuto, letto e compreso l'*informativa* sul 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

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 sanitario vaccinatore**