

MODULO DI CONSENSO VACCINAZIONE ANTI COVID-19

Nome e Cognome del vaccinando _____

Nato/a _____ il ____/____/____

Dati identificativi dei genitori o del Tutore:

Padre (Nome e Cognome): _____

Nato/a _____ il ____/____/____

Madre (Nome e Cognome): _____

Nato/a _____ il ____/____/____

Rappresentante Legale (tutore): _____

Nato/a _____ il ____/____/____

il / i genitore/i o tutore dichiara/ dichiarano:

- di aver ricevuto materiale informativo specifico sull'argomento che è stato preventivamente reso disponibile e di cui è stato compreso il contenuto;
- di essere disponibile/disponibili ad effettuare colloquio con medico/ operatore sanitario finalizzato alla vaccinazione anti covid-19 con l'acquisizione di **un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:**
 1. sulla **modalità di effettuazione** della/e vaccinazione/i e la **via di somministrazione** del/i vaccino/i;
 2. sui **vantaggi**, il **grado di efficacia** e gli **effetti collaterali** della vaccinazione nonché delle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione;
 3. sulle **condizioni morbose e terapie** che costituiscono controindicazione o precauzione alla vaccinazione;
 4. sugli eventuali **effetti collaterali** della/e vaccinazione/i e probabilità del loro verificarsi, nonché delle possibilità e modalità di loro trattamento;
- nel caso in cui, a seguito di colloquio vaccinale, si confermerà la volontà di procedere alla vaccinazione del proprio figlio/figlia, con la presente si intende espresso il consenso alla somministrazione del ciclo vaccinale con Comirnaty (Pfizer) o Spikevax (Moderna).
- La volontà sarà confermata in sede di **seduta vaccinale** dalla firma della cartella anche da parte di un solo genitore.
- Il consenso potrà essere revocato in qualsiasi momento con ridotta/assente immunizzazione.
- Il minore si dichiara favorevole alla vaccinazione;

Luogo: _____ Data: ____/____/____

Firma del/dei genitore/i o del tutore

