

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 <b>genitori o di altro soggetto titolare di responsabilità genitoriale/legale</b></i>	
<b>(GENITORE 1/SOGGETTO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE/LEGALE)</b>	
Cognome e Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Telefono:	E-mail:
<b>(GENITORE 2)</b>	
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) dei vaccini: " \_\_\_\_\_ " <sup>2</sup>
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 aggiuntiva** 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 ai fini del rilascio della certificazione verde Covid-19 (Green Pass).

<sup>2</sup> Le note informative sono quelle allegate alle circolari del Ministero della Salute pubblicate sul sito <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/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.

<b>ACCONSENSO E AUTORIZZO</b>	<b>RIFIUTO</b>
la somministrazione del vaccino per tutto il ciclo vaccinale primario e per gli eventuali richiami come indicati nella scheda di dettaglio della vaccinazione eseguita.	la somministrazione del vaccino per tutto il ciclo vaccinale primario e per gli eventuali richiami come indicati nella scheda di dettaglio della vaccinazione eseguita.
<b>Luogo e data:</b>	<b>Luogo e data:</b>
<b>Firma del vaccinando/del genitore1/del rappresentante legale:</b>	<b>Firma del vaccinando/del genitore1/del rappresentante legale:</b>
<b>Firma del vaccinando/del genitore2/del rappresentante legale:</b>	<b>Firma del vaccinando /del genitore2/del rappresentante legale:</b>

<b>Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale <sup>3</sup></b>	
<b>Cognome e Nome (Medico):</b>	<b>Cognome, Nome e Ruolo (Operatore Sanitario):</b>
<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>
<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>

**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.**

<sup>3</sup> 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.

<b>Dettagli operativi della vaccinazione anti Covid-19</b> (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		
<b>Comirnaty</b> <i>(Pfizer-Biontech)</i>															
<b>Spikevax</b> <i>(Moderna)</i>															
<b>Vaxzevria</b> <i>(AstraZeneca)</i>															
<b>Janssen</b> <i>(J&amp;J)</i>															
Altro vaccino, specificare _____															

<b>ANAMNESI PRE-VACCINALE</b>			
(da compilare a cura del vaccinando (o suo genitore/tutore) e da riesaminare insieme agli operatori sanitari dell'equipe vaccinale)			
Dati del vaccinando			
<b>Cognome e Nome</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
<b>Codice Fiscale</b>			
<b>Data e luogo di nascita</b>			
<b>Telefono (del vaccinando o del genitore/tutore)</b>			
Attualmente è malato?			
Ha febbre?			
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?			
Se sì, specificare: _____			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?			
Se sì, specificare: _____			
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?			
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (ad esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?			
Negli ultimi 3 mesi ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni (radioterapia)?			
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?			
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?			
Ha ricevuto vaccinazioni <b>negli ultimi 14 giorni</b> ?			
Se sì, specificare: _____			
<b>Per le donne:</b> è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
<b>Per le donne:</b> sta allattando?			
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?			
Se sì, specificare: _____			
Altre patologie da cui è affetto: _____			
Terapia farmacologica che sta assumendo: _____			

<b>ANAMNESI COVID-CORRELATA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
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:**

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

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



<b>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 <sup>1</sup></b>	
<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>	
<b>GENITORE 1</b>	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:	
<b>GENITORE 2</b>	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:	
<b>RAPPRESENTANTE LEGALE/TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO</b>	
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:	

<sup>1</sup> 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:*

<b>Provvedimento n.:</b>	<b>Data del Provvedimento:</b>
<b>Autorità:</b>	

- 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/dei sottoscritto/i e del vaccinando;
- di delegare, pertanto, **il/la Sig./Sig.ra:**

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

**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.

<b>Luogo e data:</b>
<b>Firma del Genitore1/Rappresentante legale</b>
<b>Firma del Genitore2/Rappresentante legale</b>
<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>



**DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO RESPONSABILE DEL MINORE STRANIERO  
NON ACCOMPAGNATO <sup>1</sup>**

**Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione o dell'atto di Notorietà  
(Artt. 46-47 del DPR 18.12.2000, n. 445)**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Data di nascita:</b>	<b>Luogo di nascita:</b>
<b>Comune di residenza:</b>	<b>Indirizzo di residenza:</b>
<b>Telefono:</b>	<b>E-mail:</b>

**Codice Fiscale:**

**Documento di riconoscimento (tipo e numero):**

***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)***

**DICHIARA**

di essere il **Tutore del minore straniero non accompagnato dai propri genitori**

di essere il **Responsabile della struttura affidataria del minore straniero non accompagnato dai propri genitori**

**DATI DEL MINORE**

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Codice Fiscale o Codice STP/ENI</b>	<b>Luogo e Data di Nascita:</b>
<b>Nazionalità</b>	<b>Altri dati:</b>
<b>Comune di residenza:</b>	<b>Indirizzo di residenza:</b>

**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.***

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

<b>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' <sup>1</sup></b> (Art. 47 del DPR 18.12.2000, n. 445)	
<i>IL/LA SOTTOSCRITTO/A</i>	
<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Data di nascita:</b>	<b>Luogo di nascita:</b>
<b>Comune di residenza:</b>	<b>Indirizzo di residenza:</b>
<b>Telefono:</b>	<b>E-mail:</b>
<b>Codice Fiscale:</b>	
<b>Documento di riconoscimento (tipo e numero):</b>	
<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>	
<b>DICHIARA</b>	
<input type="checkbox"/> di essere il <b>Genitore del minore:</b>	
<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Data di nascita:</b>	<b>Luogo di nascita:</b>
<b>Comune di residenza:</b>	<b>Indirizzo di residenza:</b>
<b>Codice Fiscale:</b>	
<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	
<b>In situazione di:</b> <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 <b>il/la sottoscritto/a esercita la potestà separatamente.</b>	
<b>Luogo e data:</b>	<b>Firma del genitore dichiarante:</b>
<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>	

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