

**Modulo di prestazione del consenso informato alla vaccinazione antinfluenzale  
per minori e soggetti a misure di protezione giuridica**
*Dati identificativi del Vaccinando*

<b>Cognome e Nome:</b>	
<b>Data di nascita:</b>	<b>Luogo di nascita:</b>
<b>Codice Fiscale/ENI/STP:</b>	
<b>Iscritto al SSR:</b>	<input type="checkbox"/> SSR Puglia <input type="checkbox"/> SSR altra Regione <input type="checkbox"/> Straniero ENI/STP <input type="checkbox"/> Altro
<b>Residente:</b>	<input type="checkbox"/> Nella regione Puglia <input type="checkbox"/> In altra Regione <input type="checkbox"/> All'estero
<b>Comune di residenza:</b>	<b>Indirizzo di residenza:</b>
<b>Telefono (del genitore/rappresentante legale):</b>	
<b>E-mail (del genitore/rappresentante legale):</b>	

*Dati identificativi dei genitori/rappresentante legale*

<b>PADRE (Cognome e nome):</b>	
<b>Data di nascita:</b>	<b>Luogo di nascita:</b>
<b>MADRE (Cognome e nome):</b>	
<b>Data di nascita:</b>	<b>Luogo di nascita:</b>
<b>RAPPRESENTANTE LEGALE (Cognome e nome):</b>	
<b>Data di nascita:</b>	<b>Luogo di nascita:</b>
<b>Identificato tramite:</b>	
<b>Rilasciato da:</b>	<b>Data di rilascio:</b>

\_\_ 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 le informazioni contenute nella *nota informativa sintetica sull'utilizzo del vaccino antinfluenzale* (Allegato 6 del presente modulo);
- aver ricevuto l'*informativa privacy* in merito al trattamento dei dati personali e particolari relativi alla prestazione sanitaria inerente al Programma di prevenzione e controllo dell'influenza (Allegato 3 del presente modulo);
- 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;
- essere stato/a invitato/a a trattenere il vaccinando per i venti 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/NON ACCONSENTE/NON ACCONSENTONO  
ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE.**

**Dati obbligatori da riportare a cura dell'Operatore sanitario vaccinatore:**

<b>Motivo della vaccinazione:</b>	
<b>Nome commerciale del vaccino:</b>	
<b>Luogo della vaccinazione</b>	<input type="checkbox"/> Ambulatorio/studio <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> Altra struttura residenziale/semiresidenziale <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Struttura ospedaliera per acuzie <input type="checkbox"/> Struttura ospedaliera post-acuzie <input type="checkbox"/> Altro.....
<b>Luogo e data:</b>	
<b>Firma dell'Operatore sanitario vaccinatore:</b>	

Il/La/I sottoscritto/a/i, le cui generalità sono sopra riportate, dichiara/dichiarano, inoltre:

- di aver ricevuto, letto e compreso la *nota informativa sintetica sull'utilizzo del vaccino antinfluenzale* (Allegato 6 del presente modulo);
- di aver ricevuto, letto e compreso l'*informativa privacy* in merito al trattamento dei dati personali e particolari relativi alla prestazione sanitaria inerente al Programma di prevenzione e controllo dell'influenza (Allegato 3 del presente modulo) ed esprime il proprio consenso.

**Luogo e data:**

**Firma del genitore/dei genitori/del rappresentante:**