

**Modulo di Consenso**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_

Luogo di Nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo residenza \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Applica qui  
l'etichetta  
adesiva

- P** Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa, di cui ricevo copia.
- P** Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica.
- P** In presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione ho posto domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- P** Sono stato correttamente informato con parole a me chiare, 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 della vaccinazione con la seconda dose.
- P** Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.
- P** Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

- Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino **"Pfizer-BioNTech COVID-19"**
- Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino **"COVID-19 Vaccine Moderna"**
- Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino **"COVID-19 Vaccine AstraZeneca"**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma utente \_\_\_\_\_

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Luogo \_\_\_\_\_

**I DOSE**

Personale Sanitario che ha effettuato la vaccinazione
---

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Ruolo \_\_\_\_\_

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

FIRMA \_\_\_\_\_

Sito inoculazione \_\_\_\_\_

Deltoide dx  Deltoide sn 

TIPO VACCINO \_\_\_\_\_ LOTTO \_\_\_\_\_ SCADENZA \_\_\_\_\_

