

MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTI-COVID19
FASCIA DI ETA' DA 12 ANNI COMPIUTI A 18 ANNI NON COMPIUTI
COMIRNATY (BioNTech/Pfizer)

NOME COGNOME: _____

DATA di NASCITA: _____ LUOGO di NASCITA _____

RESIDENZA: _____

Telefono: _____ Mail: _____

CODICE FISCALE _____

Tessera Sanitaria (se disponibile) _____

DATI IDENTIFICATIVI DEI GENITORI O DI ALTRI SOGGETTI TITOLARI DELLA
POTESTA' GENITORIALE

1) Genitore/Titolare della potestà genitoriale

(Nome Cognome) _____

nato a _____ il _____

documento di identità n. _____.

Rilasciato da _____

il _____ Scadenza _____

2) Genitore/Titolare della potestà genitoriale

(Nome Cognome) _____

nato a _____ il _____

documento di identità n. _____.

Rilasciato da _____

il _____ Scadenza _____

__l_ sottoscritt/_ _____ consapevole/i delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

DICHIARA/DICHIARANO
sotto la propria responsabilità:

- di aver letto, di aver ricevuto illustrazioni in una lingua nota e di aver del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: "Comirnaty" di Pfizer/BioNTech (Versione 04. del 16/06/2021- 0027471-18/06/2021-DGPRES-DGPRES-P - Allegato Utente 2 (A02))
- di aver riferito al Medico le patologie del minore, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione;
- di aver avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del minore ottenendo risposte esaurienti e da me/noi comprese;
- di essere stato adeguatamente informato con parole a me/noi chiare;
- di aver compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione del minore, 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, se prevista;
- di essere consapevole/i che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà responsabilità del genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale informare immediatamente il Medico curante del minore e seguirne le indicazioni;
- di accettare di rimanere con il minore nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate;

2

☐ **di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, mediante delega scritta corredata da copia di documento di identità (in allegato);**

☐ **di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente;**

**SPAZIO RISERVATO AD EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL TRIBUNALE DEI
MINORI RELATIVAMENTE ALLA POTESTÀ GENITORIALE**

Provvedimento del Tribunale dei Minori di

n. data

**di ACCONSENTIRE ED AUTORIZZARE la somministrazione del
VACCINO COVID 19 "COMIRNATY" (PFIZER/BIONTECH)**

Data e Luogo _____

Firma del minore _____

Firma del 1°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale _____

Firma del 2°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale _____

**di RIFIUTARE la somministrazione del
VACCINO COVID 19 “COMIRNATY” (PFIZER/BIONTECH)**

Data e Luogo _____

Firma del minore _____

Firma del 1°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale _____

Firma del 2°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale _____

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

Nome e Cognome (Medico) _____

confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

Firma _____

3

Nome e Cognome _____

Ruolo _____

confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

Firma _____

La presenza del 2° sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo Medico, al domicilio o in stato di criticità logistico-organizzativa.

N.B. LA VACCINAZIONE NON POTRA' ESSERE EFFETTUATA IN CASO DI MANCANZA DEI DOCUMENTI SOPRA CITATI