

**CONFERMA DEL CONSENSO PER LA SOMMINISTRAZIONE DELLA SECONDA DOSE  
DEL VACCINO ANTI COVID 19 IN FORMULAZIONE PEDIATRICA (5 – 11 ANNI)**

<b>DATI DEL MINORE</b>	
Cognome e Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Codice Fiscale:	

<b>DATI DELL'ACCOMPAGNATORE: GENITORE, TUTORE LEGALE O SUO DELEGATO (con allegato C)</b>	
Cognome e Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Telefono:	E-mail:

consapevole che la manifestazione di consenso sottoscritta in occasione della somministrazione della prima dose del vaccino COVID 19 è valida per tutto il ciclo vaccinale, ai fini della verifica da parte del personale sanitario preposto alla vaccinazione in merito ad eventuali modificazioni dello stato di salute e/o di patologie del minore, **dichiaro che:**

- La prima somministrazione di vaccino COVID 19 in formulazione pediatrica è avvenuta il \_\_\_\_\_
- La scelta di somministrare la seconda dose in data odierna è stata preventivamente condivisa e presa in accordo con l'altro genitore
- 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.

(barrare alternativamente solo una delle due caselle sottostanti)

che il minore **non ha manifestato reazioni avverse importanti** e che **non ha sviluppato condizioni cliniche/patologiche di rilievo**

che il minore ha manifestato reazioni avverse importanti o che ha sviluppato condizioni cliniche/patologiche di rilievo

(specificare) \_\_\_\_\_

<b>ACCONSENTO E AUTORIZZO</b> la somministrazione del vaccino anti COVID 19 in formulazione pediatrica.	
Luogo e data	Firma (genitore, tutore legale o suo delegato)
Firma operatore sanitario (specificare nome e cognome in modo leggibile)	

Sito iniezione	N° lotto e scadenza	Data e ora somministrazione	Luogo somministrazione