

**Nome e Cognome del vaccinando** \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Dati identificativi dei genitori o del Rappresentante Legale**

Padre (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_

Madre (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_ nata il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_

Rappresentante Legale (tutore o altro): \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_

Identificato tramite \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ consapevole 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 D.P.R. 445/2000 e s.m.i., nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

**DICHIARA** sotto la propria responsabilità:

**di aver ricevuto** tramite

- materiale informativo specifico sull'argomento che è stato preventivamente reso disponibile e di cui ho compreso il contenuto;
- colloquio con un medico/operatore sanitario;

**un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:**

- sulla **modalità di effettuazione** della/e vaccinazione/i e la **via di somministrazione** del/i vaccino/i;
- sui **vantaggi**, il **grado di efficacia** e gli **effetti collaterali** della vaccinazione nonché delle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione;
- sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
- sugli eventuali **effetti collaterali** della/e vaccinazione/i e probabilità del loro verificarsi, nonché delle possibilità e modalità di loro trattamento;
- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore **colloquio** per poter acquisire ulteriori informazioni;
- sulla possibilità di **revocare** il presente consenso in qualsiasi momento, con conseguente mancata o ridotta (se trattasi di ciclo vaccinale a più dosi non completato) protezione nei confronti della/e malattia/e per cui si vaccina;

**di essere stato invitata/o a trattenere** il minore vaccinato/trattenermi presso l'Ambulatorio per i **15 minuti successivi** alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini; **di aver riferito correttamente informazioni** sul mio/sullo stato di salute del vaccinando;

IN CASO DI VACCINANDO MINORENNE O INCAPACE:

- di **aver acquisito l'assenso tramite specifico atto di delega dell'altro genitore**, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna;
- di **esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;

e quindi di **ACCETTARE / NON ACCETTARE** le seguenti vaccinazioni proposte:

	Accetto	Non accetto	firma
Difterite-Tetano			
Difterite-Tetano-Pertosse			
Difterite-Tetano-Pertosse-Poliomielite			
Esavalente			
Meningococco B			
Meningococco C/ACWY			
Epatite B			
Morbillo-Parotite-Rosolia			
Morbillo-Parotite-Rosolia-Varicella			
Papilloma Virus (HPV)			
Pneumococco CONIUGATO			
Pneumococco POLISACCARIDICO (23-valente)			
Rotavirus			
Varicella			
Altre (specificare)			

**Firma del genitore/del legale rappresentante**

\_\_\_\_\_

### Informativa

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla/e vaccinazione/i accettata/e dal vaccinando.  
 Per la/le vaccinazione/i proposta/e, sono state affrontate le tematiche relative alle rispettive patologie, ai vaccini utilizzati e alle modalità e sede di somministrazione, ai rischi e conseguenze della mancata vaccinazione, alle controindicazioni e ai possibili effetti collaterali e sono state fornite indicazioni sulla normativa (L.210/92) in caso di eventi avversi gravi alle vaccinazioni obbligatorie.  
 Ho inoltre verificato che le informazioni fornite sono state recepite con soddisfazione dall'utente.

**Timbro e Firma del medico/dell'operatore sanitario**

\_\_\_\_\_

Centro Vaccinale di \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_