

## VACCINAZIONE ANTI-COVID19

### MODULO DI CONSENSO per minori

<b>Nome e Cognome del vaccinando/a :</b>	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Telefono:	Residenza:

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a..... il .....  
residente a ..... indirizzo .....  
in qualità di madre [ ] rappresentante legale [ ]

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a..... il .....  
residente a ..... indirizzo .....  
in qualità di padre [ ] rappresentante legale [ ]

- Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: .....
- Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione del vaccinando.
- Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del vaccinando ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- 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, se prevista.
- Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il Medico curante e seguirne le indicazioni.
- Accetto di far rimanere il vaccinato 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 del vaccino** ..... **a** .....

DATA E LUOGO .....

Firme dei genitori o Rappresentante legale .....

In caso di assenza di uno dei genitori, in alternativa:

- potrà essere esibita una delega per l'accettazione della vaccinazione del genitore assente
- il genitore presente dichiara e sottoscrive che: il genitore assente .....  
è stato impossibilitato a presenziare, ma acconsente alla vaccinazione  
firma.....

**Rifiuto la somministrazione del vaccino** " ....."

Data e Luogo.....

Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale .....

#### **Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale**

1. Nome e Cognome (Medico).....  
Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.  
Firma .....
2. Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario) .....  
Ruolo .....  
Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.  
Firma .....

**La presenza del secondo Professionista Sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un Singolo Medico, al domicilio della Persona vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.**