

	<b>MODULO DI CONSENSO INFORMATO VACCINAZIONE ANTI COVID-19 PER MINORI</b>	FF_00002 REVO 05/08/2021
--	---	-----------------------------

**Dati identificativi del vaccinando**

NOME	COGNOME
SESSO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	ETÀ (anni compiuti)
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
RESIDENZA/DOMICILIO	
TELEFONO	E-MAIL
N° TESSERA SANITARIA	

**Dati identificativi dei genitori o tutore**

Genitore	
NOME	COGNOME
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
DOCUMENTO DI IDENTITÀ	

Genitore	
NOME	COGNOME
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
DOCUMENTO DI IDENTITÀ	

Tutore	
NOME	COGNOME
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
DOCUMENTO DI IDENTITÀ	

**N.B. In caso di presenza tutore è necessario acquisire copia dell'atto di nomina.**

**Nel caso di impossibilità all'acquisizione del consenso dell'altro genitore  
DICHIARO**

**consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso**

**di entrambi i genitori".**

**DICHIARIAMO/DICHIARO:**

- di aver letto, che ci/mi è stata illustrata in lingua nota e ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino " \_\_\_\_\_";
- di aver riferito le patologie, attuali e /o pregresse, e le terapie in corso e lo stato di salute del vaccinando;
- di aver avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del vaccinando, ottenendo risposte esaurienti;
- siamo/sono stato informati/o con parole a noi/a me chiare. Abbiamo/ho compreso i rischi e i benefici 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;
- di aver informato il minore in merito al vaccino e che tali informazioni sono state opportunamente comprese dallo stesso;
- che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà nostra/mia responsabilità informare immediatamente il medico curante del soggetto vaccinando e seguirne le indicazioni;
- rimarremo/rimarrò con **il minore vaccinato presso la sede di vaccinazione per i 15**

e quindi **acconsentiamo/acconsento** la somministrazione della seguente vaccinazione

<b>Vaccino a mRNA virale</b>
VACCINO COVID-19 - _____

Luogo e data \_\_\_\_\_  
Firma genitori/e / tutore \_\_\_\_\_

**Rifiutiamo/rifiuto** la somministrazione della seguente vaccinazione

<b>Vaccino a mRNA virale</b>
VACCINO COVID-19 - _____

Luogo e data \_\_\_\_\_  
Firma genitori/e / tutore \_\_\_\_\_

**Vaccinatore**

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

Confermo che i genitori/e/tutore del vaccinando hanno/ha espresso il loro/suo consenso alla vaccinazione dopo essere stati/o adeguatamente informati/o.

Ho inoltre verificato che le informazioni fornite sono state recepite con soddisfazione dagli utenti, che la documentazione allegata dai/dal genitori/e/tutore sia completa e che questi/o ultimi/o abbiano/abbia espresso il consenso informato.

**DATA E LUOGO DI ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE** \_\_\_\_\_  
**TIMBRO E FIRMA DEL VACCINATORE** \_\_\_\_\_