

n. dose: \_\_\_\_\_

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <b>Cognome e Nome del Minore da vaccinare :</b>  |                                      |
| <b>Data di nascita:</b>  | <b>Luogo di nascita:</b>             |
| <b>Comune di residenza:</b>  | <b>Indirizzo di residenza:</b>       |
| <b>Telefono *:</b>   | <b>E-mail *:</b>                     |
| <b>N. Tessera Sanitaria (se disponibile) *:</b>  | <b>Codice Fiscale *:</b>             |
| <i>Riportare sotto i dati identificativi dei genitori o di altro soggetto titolare di responsabilità genitoriale</i> |                                      |
| <b>(GENITORE 1/SOGGETTO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE/LEGALE)</b>  |                                      |
| <b>Cognome e Nome:</b>   |                                      |
| <b>Data di nascita:</b>  | <b>Luogo di nascita:</b>             |
| <b>Telefono:</b>   | <b>E-mail:</b>                       |
| <b>(GENITORE 2)</b>  |                                      |
| <b>Cognome e Nome:</b>   |                                      |
| <b>Data di nascita:</b>  | <b>Luogo di nascita:</b>             |
| <b>Telefono:</b>   | <b>E-mail:</b>                       |
| <i>Estremi del Provvedimento dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente (A.G.)</i>                        |                                      |
| <b>Tribunale (indicare il tipo di A.G.):</b>   | <b>Provincia/distretto dell'A.G.</b> |
| <b>Numero del provvedimento</b>  | <b>Data del provvedimento</b>        |

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità **dichiaro che:**

- 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: "Comirnaty formulazione pediatrica"
- Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione del minore 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 del ciclo vaccinale**, alla **dose addizionale** oppure alla **dose di richiamo (booster)**.
- Ho compreso la possibilità di ricevere nella stessa seduta vaccinale la somministrazione di una dose di un altro vaccino (ad es. vaccino antinfluenzale) come previsto dalla circolare del Ministero della Salute n. 44591 del 02.10.2021.

\* *Campi obbligatori ai fini della corretta identificazione del soggetto, della registrazione dei dati e della trasmissione dei dati alle piattaforme nazionali anche ai fini del rilascio della certificazione verde Covid-19 (Green Pass).*

- Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale, sar  mia responsabilit  informare immediatamente il Medico curante del vaccinando e seguirne le indicazioni.
- Accetto di rimanere con il Minore 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.

| <b>ACCONSENTO E AUTORIZZO</b><br>la somministrazione del vaccino<br>“Comirnaty formulazione pediatrica” | <b>RIFIUTO</b><br>la somministrazione del vaccino<br>“Comirnaty formulazione pediatrica” |
|---|--|
| <b>Luogo e data:</b>  | <b>Luogo e data:</b>   |
| <b>Firma del genitore 1/del rappresentante legale:</b>  | <b>Firma del genitore 1/del rappresentante legale:</b>                                   |
| <b>Firma del genitore 2:</b>  | <b>Firma del genitore 2:</b>   |

| <b>Professionisti sanitari dell’equipe vaccinale <sup>2</sup></b>   |   |
|---|---|
| <b>Cognome e Nome (Medico):</b>   | <b>Cognome, Nome e Ruolo (Operatore Sanitario):</b>   |
| <i>Confermo che il vaccinando ha espresso il consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.</i> | <i>Confermo che il vaccinando ha espresso il consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.</i> |
| <b>Firma:</b>   | <b>Firma:</b>   |

<sup>2</sup> La presenza del secondo professionista sanitario non   indispensabile in caso di vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo medico, al domicilio del vaccinando o in stato di criticit  logistico-organizzativa.