

MODULO DI CONSENSO  
ALLA  
VACCINAZIONE ANTI-COVID19  
DELLA  
POPOLAZIONE GENERALE

## VACCINAZIONE ANTI-COVID19 MODULO DI CONSENSO

Il/La sottoscritto/a _____	
Data di nascita: _____	Luogo di nascita: _____
Residenza / Domicilio: _____ _____	Telefono: _____
Documento di riconoscimento: _____ N.: _____	
In qualità di (genitore, tutore, amministratore di sostegno): _____	
<input type="checkbox"/> Minore <input type="checkbox"/> Interdetto <input type="checkbox"/> Infermo/Incapace <input type="checkbox"/> Altro <i>Specificare in caso di altro:</i> _____	
Nome _____ Cognome _____	
Data e luogo di nascita _____	
Residenza/Domicilio: _____	
Tessera sanitaria (se disponibile): N. _____	

### DICHIARA:

- di aver letto e compreso, dopo essermi stata illustrata in una lingua a me nota, la Nota Informativa in Allegato 1, di cui ricevo copia;
- di aver riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica in Allegato 2 da me compilata in modo veritiero;
- di aver posto, in presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione, tutte le domande in merito al vaccino e al mio stato di salute, ottenendo risposte esaurienti e da me comprese;
- di essere stato correttamente informato con parole a me chiare, in merito alle modalità e le alternative terapeutiche;
- di aver correttamente compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione

nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose;

- di essere consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni;
- di accettare di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.
- di acconsentire ed autorizzare la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino individuato per il mio target di categoria e, nello specifico:

- COVID-19 Vaccine Moderna
- Pfizer-BioNTech COVID-19
- COVID-19 Vaccine AstraZeneca

- di rifiutare la somministrazione del vaccino:

- COVID-19 Vaccine Moderna
- Pfizer-BioNTech COVID-19
- COVID-19 Vaccine AstraZeneca

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma della persona che accetta/rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante Legale

\_\_\_\_\_

Dichiaro di essere stato informato che, allo stato attuale, il vaccino COVID-19 Vaccine AstraZeneca non è raccomandato per i soggetti con malattie di cui sono affetto e che ciò nonostante, consapevole della non sussistenza di controindicazioni, richiedo la somministrazione del predetto vaccino.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale

1. Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione,  
dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma \_\_\_\_\_

2. Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione,  
dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma \_\_\_\_\_

Dettagli operativi della vaccinazione

	<b>Sito di iniezione</b>		LOT. N°	Data di scad.	Luogo di sommini- strazione	Data e ora di Ssmmini- strazione	Firma Sanitario
<b>1a dose</b>	Braccio destro	Braccio sinistro					
<b>2° dose</b>	Braccio destro	Braccio sinistro					