

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO**Cognome e Nome _____ Sesso: M F

Data di nascita _____ Telefono: _____

Codice Fiscale _____

In caso di soggetto incapace/minore **Rappresentante legale/genitore** _____

Data di nascita _____ Telefono _____

Il sottoscritto consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità **DICHIARA** sotto la propria responsabilità

Che il sottoscritto ed il vaccinando non sono sottoposti al regime della quarantena o dell'isolamento fiduciario;

DICHIARA INOLTRE:

- SI NO il bambino/ragazzo sta bene oggi?
- SI NO il bambino/ragazzo ha malattie croniche o ha avuto gravi malattie?
- SI NO il bambino/ragazzo ha mai avuto reazioni allergiche di grave entità (reazione anafilattica) a farmaci o alimenti?
- SI NO il bambino/ragazzo ha avuto reazioni a precedenti vaccinazioni?
- SI NO il bambino/ragazzo è affetto da immunodeficienza ?
- SI NO il bambino/ragazzo sta assumendo farmaci in modo continuativo?
Se sì, quali? _____
- SI NO il bambino/ragazzo ha ricevuto vaccini nell'ultimo mese?
- SI NO il bambino/ragazzo è in contatto stretto con persone che hanno un'immunodeficienza grave?
- SI NO il bambino/ragazzo è affetto da asma severa o ha un attacco asmatico in corso?
- SI NO il bambino/ragazzo assume salicilati (es. acido acetilsalicilico)?
- SI NO la ragazza è in stato di gravidanza o sta allattando?
- SI NO di aver ricevuto e letto le informazioni sul vaccino?

di essere stato invitato/a a trattenere il minore vaccinato nei pressi della sede vaccinale per i venti/trenta minuti successivi alla somministrazione

di ACCETTARE liberamente ed in piena coscienza la vaccinazione proposta antiinfluenzale stagionale 2020-2021

Firma dell'interessato /dei genitore-i/ del legale rappresentante

Data, ____/____/____

Attestazione del medico che, verificata l'anamnesi, acquisisce il consenso e verifica l'avvenuta comprensione delle informazioni ricevute

Firma del Medico Vaccinatore _____