**D**

Vaccinazione Anti-Covid 19

# Modulo di consenso

**Nome e Cognome** _____

**Data di nascita** _____

**Luogo di nascita** _____

**Indirizzo residenza** _____

**Telefono** _____

**Codice fiscale** _____

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

**Nome e Cognome** _____

**Codice Fiscale** _____

Applica qui l'etichetta adesiva

- ✓ Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa, di cui ricevo copia.
- ✓ Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica.
- ✓ In presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione ho posto domande in merito al vaccino e al mio stato di salute 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.
- ✓ Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.
- ✓ Accetto di rimanere 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 della vaccinazione mediante vaccino **"Pfizer-BioNTech COVID-19"**

☐ Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino **"COVID-19 Vaccine Moderna"**

**Data** ____ / ____ / _____

**Luogo** _____

**Firma utente** _____

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

**Personale Sanitario che ha effettuato la vaccinazione**

**Nome e Cognome** _____ **Ruolo** _____

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

**Firma** _____

Consenso