



## VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 MODULO DI CONSENSO

Nome e Cognome: .....

Data di nascita: .....Luogo di nascita: .....

Residenza: .....

Telefono: .....

Tessera sanitaria (se disponibile): N.....

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la *Nota Informativa* (A0256\_P06\_Pd25\_MS\_\_\_  
inserirne codice), di cui ricevo copia. Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la *Scheda Anamnestica* (A0256\_P06\_Pd25\_MD02).

Ho riferito al medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

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 \_\_\_\_\_.

Data e Luogo \_\_\_\_\_

*Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale*

Rifiuto la somministrazione del vaccino \_\_\_\_\_

Data e Luogo \_\_\_\_\_

*Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale*

Personale Sanitario che ha effettuato la vaccinazione

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 \_\_\_\_\_