

VACCINAZIONE ANTI-COVID19 *MODULO DI CONSENSO*

IO sottoscritto	
Cognome	Nome
Luogo di nascita	prov.
Data di nascita / /	N. tessera sanitaria (se disponibile)
INDIRIZZO RESIDENZA	
Città	prov.
Indirizzo	
RECAPITI	
Tel.	mail

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la *Nota Informativa* in Allegato 1, di cui ricevo copia.

Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la *Scheda Anamnestica* in Allegato 2.

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" "COVID-19 Vaccine Moderna"
 "COVID-19 Astra Zeneca"

Data / / Luogo Firma * _____

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

Rifiuto la somministrazione del vaccino:

- "Pfizer-BioNTech COVID-19" "COVID-19 Vaccine Moderna"
 "COVID-19 Astra Zeneca"

Data / / Luogo Firma * _____

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