

MOD.DS.16: “Modulo consenso informato vaccinazione anti COVID-19”

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 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*.
- **Accosento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino “Pfizer-BioNTech COVID-19”.**

Data e Luogo: ___/___/_____, _____

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

– **Rifiuto la somministrazione del vaccino “Pfizer-BioNTech COVID-19”**

Data e Luogo: ____/____/____, _____

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

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679. Per saperne di più sul trattamento dei dati personali consulta il sito:
<http://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda>



Data e Luogo: ____/____/____, _____

Firma della Persona che riceve 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 _____