ISTITUTO COMPRENSIVO " Giovanni XXIII" - C.F. 83003020712 C.M. FGIC83100Q - AOO - SEGRETERIA
**Prot. 0000669/U del 03/03/2021 08:41**

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
***Istituto Scolastico Comprensivo***
***"Giovanni XXIII"***
***Scuola dell'Infanzia e del 1° ciclo di istruzione***
***71037 – Monte Sant'Angelo (FG) –*** Via Sant'Antonio Abate, 92
**Cofisco**: 83003020712 – **Cod. Meccanografico**: FGIC83100Q – **Cod. Univoco**: UFJLON
**Tel.**: 0884561316 **– Fax**: 0884568344 – **Sito web**: www.istitutogiovanni23.edu.it – **E-mail**: fgic83100q@istruzione.it-fgic83100q@pec.istruzione.it

**Circ. n. 139**

Monte Sant'Angelo, 3 marzo 2021

**Al DSGA**
**Al Personale Docente e Ata**
**Al Personale esterno (educatori, O.S.S., tirocinanti università, erogatori servizio mensa…)**
Loro Sedi

*Nel Sito web dell'Istituto – Albo on line e Sez. Circolari*
*Nel Registro elettronico e agli Atti*

Oggetto: **Piano vaccinale 5 e 6 marzo 2021.**

Si comunica al personale in indirizzo che ha manifestato interesse alla vaccinazione anti Covid-19 che presso l'Ospedale di Monte Sant'Angelo, nei gg. 5 e 6 marzo pp.vv., a partire dalle ore 15.30, saranno somministrati i vaccini AstraZeneca.

Tutti gli interessati saranno informati, telefonicamente o tramite e-mail, sul giorno e sull'ora della vaccinazione.

Nel raccomandare la massima puntualità al fine di evitare assembramenti all'interno e all'esterno della struttura ospedaliera, si ricorda di leggere attentamente la documentazione già trasmessa da questa Istituzione, avendo cura di precompilare il "*Modulo di consenso*", la "*Scheda anamnestica*" e il "*Modulo richiesta attivazione del fascicolo sanitario elettronico*" che saranno esibiti all'atto della vaccinazione unitamente al "*Modulo professionisti sanitari e dettagli vaccinazione*" (la compilazione di quest'ultimo è a cura dei sanitari).

In presenza di una o più delle patologie/dei quadri clinici descritti nella "Scheda anamnestica" (Allegato 2 al modulo di consenso), la ASL di Foggia invita a rivolgersi al proprio medico di medicina generale per una valutazione del caso.

Coloro che, a seguito di consulto medico, non intendano sottoporsi a vaccinazione sono invitati a darne tempestiva comunicazione alla Dirigenza.

In allegato, la modulistica da presentare all'atto della vaccinazione:

1. "Modulo di consenso"
2. "Modulo professionisti sanitari e dettagli vaccinazione"
3. "Scheda anamnestica"
4. "Modulo richiesta attivazione del fascicolo sanitario elettronico"

**La Dirigente Scolastica**
***Prof.ssa Enza M. A. Santodirocco***
Documento firmato digitalmente
(D.lgs. 82/2005 e norme correlate)

# VACCINAZIONE ANTI-COVID 19

# MODULO DI CONSENSO

Il/La sottoscritto/a _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Residenza/Domicilio _____

Telefono: _____

Documento di riconoscimento: _____ N. _____

In qualità di _____

Tessera sanitaria (se disponibile): N. _____

DICHIARA:

- ○ di aver letto e compreso, dopo essergli/le stata illustrata in una lingua nota, la Nota Informativa in Allegato 1, di cui riceve copia;
- ○ di aver riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica in Allegato 2 dal/dalla sottoscritto/a compilata in modo veritiero;
- ○ di aver posto, in presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione, tutte le domande in merito al vaccino e al proprio stato di salute, ottenendo risposte esaurienti e dal/dalla sottoscritto/a comprese;
- ○ di essere stato/a correttamente informato/a con parole chiare, in meritoalle modalità e alle alternative terapeutiche;
- ○ di aver correttamente compreso i benefici e i rischi della vaccinazione nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose;
- ○ di essere consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà sua la responsabilità di informare immediatamente il proprio Medico curante e seguirne le indicazioni;
- ○ di accettare di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate;
- ○ di acconsentire ed autorizzare la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino individuato per il proprio target di categoria e, nello specifico:

  ☐ COVID-19 Vaccine Moderna
  ☐ Pfizer-BioNTech COVID-19
  ☐ COVID-19 Vaccine AstraZeneca

- ○ di rifiutare la somministrazione del vaccino:

  ☐ COVID-19 Vaccine Moderna
  ☐ Pfizer-BioNTech COVID-19
  ☐ COVID-19 Vaccine AstraZeneca

Luogo e Data _____

Firma della persona che accetta/rifiuta il vaccino
o del suo Rappresentante Legale

_____

Professionisti sanitari dell’equipe vaccinale

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 _____

Dettagli operativi della vaccinazione

| | **Sito di iniezione** | | LOT. N° | Data di scad. | Luogo di somministrazione | Data e ora di Ssmministrazione | Firma Sanitario |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1a dose** | Braccio destro | Braccio sinistro | | | | | |
| **2° dose** | Braccio destro | Braccio sinistro | | | | | |

ALLEGATO 2
AL MODULO DI CONSENSO

# VACCINAZIONE ANTI-COVID-19
# SCHEDA ANAMNESTICA

Da compilare a cura del Vaccinando e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione

| Nome e Cognome _____ | Telefono: _____ | | |
|---|---|---|---|
| **Anamnesi** | **SÌ** | **NO** | **NON SO** |
| Attualmente è malato/a? | | | |
| Ha febbre? | | | |
| Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?<br>Se sì, specificare: _____ | | | |
| Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? | | | |
| Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? | | | |
| Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? | | | |
| Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il Sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni? | | | |
| Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? | | | |
| Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? | | | |
| Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?<br>Se sì, quale/i? _____ | | | |
| Per le donne:<br>- È incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? | | | |
| - Sta allattando? | | | |

Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

| Anamnesi COVID-correlata | SÌ | NO | NON SO |
|---|---|---|---|
| Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19? | | | |
| Manifesta uno dei seguenti sintomi: | | | |
| • Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali? | | | |
| • Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto? | | | |
| • Dolore addominale/diarrea? | | | |
| • Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi? | | | |
| Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? | | | |
| Test COVID-19:<br>• Nessun test COVID-19 recente<br>• Test COVID-19 negativo (Data: _____)<br>• Test COVID-19 positivo (Data: _____)<br>• In attesa di test COVID-19 (Data: _____) | | | |

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ASL Foggia
PugliaSalute

# MODULO RICHIESTA ATTIVAZIONE

# DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

Io sottoscritto/a _____, nato/a

a _____ il _____, CF: _____, residente

a _____ (Prov.) _____,

Via _____,

*Consapevole che le dichiarazioni* non *veritiere sono punite dalla legge, sotto la mi responsabilità,*

DICHIARO

di aver ricevuto, letto e compreso le informazioni sul trattamento dei dati personali in ambito "Fascicolo Sanitario Elettronico" e di volere esprimere la mia volontà in merito all'attivazione del fascicolo, in relazione alle tre voci di seguito elencate:

a) Consenso all'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico
b) Consenso alla consultazione del fascicolo sanitario elettronico
c) Consenso all'inserimento di pregressa documentazione sanitaria nel fascicolo sanitario elettronico

Recapito telefonico _____

Carta di Identità/Patente N. _____

Luogo e Data _____

Firma _____

Informativa

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento generale sulla protezione dei dati (Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016), si informano gli interessati che il trattamento dei dati personali forniti nel presente modulo è finalizzato unicamente all'espletamento delle attività amministrative per l'acquisizione dei consensi all'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico ed avverrà a cura di persone preposte al procedimento, nei modi e nei limiti necessari Per perseguire le predette finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi. Il conferimento di tali dati personali non è obbligatorio ma consente di facilitare l'accesso ai sistemi innovativi informatici proposti e di delegare il procedimento di attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, in particolare per le persone maggiormente a rischio fragilità per età, patologie o condizione sociale. I dati personali comunicati potranno essere utilizzati per finalità di studio, in forma anonima, nel pieno rispetto dei diritti e delle libertà degli interessati.
Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui agli art. 15 e ss. del citato Regolamento 2016/679. In particolare, il di ritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento, nonché di opporsi al loro trattamento rivolgendo le richieste all'ASL di Foggia in Via Michele Protano 13 - 71121 Foggia (FG). Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Gerente, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art.79 del Regolamento). Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) è raggiungibile ai seguenti indirizzi email rpd@aslfg.it Pec: rpd@mailcert.aslfg.it