**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 merito alle 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_