

### MODULO DI PRESTAZIONE DEL CONSENSO ALLA VACCINAZIONE PER MINORI

Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F.\* \_\_\_\_\_  
Residente in\* \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_

\*(non obbligatori se l'assistito è uno Straniero non iscritto al SSN in possesso di tesserino STP)

Identificato con documento \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Scadenza \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_

E  
Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F.\* \_\_\_\_\_  
Residente in\* \_\_\_\_\_ Via/Piazza\* \_\_\_\_\_ N\* \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

\*(non obbligatori se l'assistito è uno Straniero non iscritto al SSN in possesso di tesserino STP)

Identificato con documento \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Scadenza \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_

**NELLE RISPETTIVE QUALITA' DI**  **Genitore/i** o  **Tutore/Legale rappresentante di:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### DICHIARA/ DICHIARANO

- di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore il quale, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, è stato da me personalmente informato della necessità di esecuzione della procedura vaccinale;
- di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente;
- di aver ricevuto un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente sulla modalità di effettuazione della/e vaccinazione/i e la via di somministrazione del/i vaccino/i; sui vantaggi, il grado di efficacia della vaccinazione nonché sulle possibili conseguenze sanitarie derivanti dalla mancata vaccinazione; sulle condizioni morbose che costituiscono controindicazione alla vaccinazione; sugli eventuali effetti collaterali e probabilità del loro verificarsi, nonché sulle modalità di trattamento;
- di essere stato invitato/o a trattenere il minore vaccinato presso l'Ambulatorio per i venti minuti successivi alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini;
- di aver riferito corrette informazioni sullo stato di salute del vaccinando;

**Esprime il proprio consenso/diniego alla effettuazione del ciclo di base e dei successivi richiami per le seguenti vaccinazioni**, secondo quanto previsto dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 e del DL 7 giugno 2017 n. 73, come modificato dalla Legge di conversione 31 luglio 2017 n. 119:

Vaccino	Acconsente		Data	Firma
	SI	NO		
Anti difto-tetanica-pertosse-poliomielite-haemophilusB-epatiteB (Esavalente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anti-tetanica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anti-poliomielitica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anti difto-tetanica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anti difto-tetanica-pertosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anti difto-tetanica-pertosse-poliomielite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anti difto-tetanica-pertosse-poliomielite-HIB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anti-Morbillo-parotite-rosolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anti-Morbillo-parotite-rosolia-varicella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti Meningococco A-C-W135-Y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti Meningococco B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti Meningococco C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti Pneumococco 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti Papillomavirus (HPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti-Rotavirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
anti-Epatite A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**Acconsente** alla somministrazione delle seguenti vaccinazioni facoltative soggette a contributo di spesa (c.d. ticket):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

**Data**

**Firma del/i genitore/i o del tutore/legale rappresentante**

**PRESIDIO**

**Firma del Medico che ha ricevuto il consenso**

Trattamento dei dati personali: ai sensi art. 13 e 14 Regolamento 2016/679/UE “Regolamento generale sulla protezione dei dati personali” la informiamo che i Suoi dati personali e particolari sono oggetto di trattamento da parte di questa Azienda Sanitaria. Il REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali è reperibile nella sala di attesa dell’ambulatorio vaccinale e sul sito aziendale <https://www.aslroma5.info/web/privacy>

**Data**

**Firma del/i genitore/i o del tutore/legale rappresentante**

Autorizzo l’eventuale uso del numero telefonico rilasciato per essere contattato, anche per SMS, per informative da parte di questa azienda sanitaria.

**Data**

**Firma del/i genitore/i o del tutore/legale rappresentante**

**Asl Roma 5**

Via Acquaregna 1/15

00019 Tivoli

Ed. 1 ottobre 2019

t +39.0774.317711

[www.aslroma5.it](http://www.aslroma5.it)

p.iva 04733471009