


**MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALLA  
VACCINAZIONE**

 All. n.22  
 Rev.0  
 Del 11/06/2021  
 Pag. 1/2

**Integrazione MODULO DI CONSENSO INFORMATO  
VACCINAZIONE antiCOVID\_19 per minori**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
 in qualità di madre [ ] padre [ ] tutore legale [ ]

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
 in qualità di madre [ ] padre [ ] tutore legale [ ]

**NB in caso di presenza di un solo genitore/tutore legale è necessario acquisire delega firmata con copia di documento di identità dell'altro genitore o attestazione di monogenitorialità**

Dichiariamo che nel corso dell'avvenuto colloquio con \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (nome e cognome del sanitario)

in relazione al vaccino antiCovid con prodotto \_\_\_\_\_ (indicare il  
 tipo di vaccino) alla quale in data odierna si sottopone mio/a  
 figlio \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (dati della persona da vaccinare)

**DICHIARO**

- di aver ricevuto informazioni sulla/e malattia/e da prevenire, sulle caratteristiche del/i vaccino impiegato e sui benefici e potenziali rischi della vaccinazione sopra indicata anche con l'ausilio della lettura del foglio informativo messo a disposizione dalla ASL;
- di aver ricevuto informazioni sui motivi che consigliano il trattamento vaccinale proposto e le conseguenze sulla mia salute/sulla salute di mio figlio/a, in caso di rifiuto;
- di aver avuto la possibilità di fare domande relativamente alle informazioni ricevute e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimento relativamente alla malattia da prevenire, caratteristiche del vaccino impiegato, benefici e potenziali rischi e complicanze della vaccinazione sopra indicata;
- di aver fornito correttamente le informazioni sullo stato attuale di salute mio/di mio figlio/a;
- di essere stato informato/a che in base all'anamnesi relativa alla salute/la salute di mio figlio/a, non ci sono controindicazioni note, ad oggi, nei confronti del/i vaccino/i proposto/i;
- di aver avuto informazioni sulla necessità di trattenere mio figlio/la in ambulatorio per almeno 15 minuti, dopo la/le vaccinazione/i e di dover comunicare eventuali reazioni avverse.

**Pertanto esprimo il consenso alla vaccinazione sopra indicata**

Firma leggibile genitore 1/tutore legale \_\_\_\_\_

Firma leggibile genitore 2 \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore sanitario \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

*Il presente modulo è parte integrante e va conservato insieme alla scheda di registrazione per l'anamnesi ed il consenso alla vaccinazione antiCovid (ALL16 PTO AZ921) - Il minore che ha più di 12 anni riceve le informazioni sul vaccino in modalità appropriate e firma il consenso sul modulo in allegato 16*