

VACCINAZIONE ANTI-COVID19 MODULO DI CONSENSO

Nome e Cognome		Etichetta dati
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 del tutto 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*.

ACCONSENTO ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino:

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

Data e Luogo _____

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

RIFIUTO la somministrazione del vaccino:

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

Data e Luogo _____

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