

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 rifiuta 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*

---