

**VACCINAZIONE ANTI-COVID 19
MODULO DI CONSENSO**

Nome e Cognome	
Data di nascita	Luogo di nascita
Residenza	Tel:
Tessera sanitaria (se disponibile)	

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho 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 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 "COVID-19 Vaccine AstraZeneca".

Data e Luogo _____

Firma della persona che riceve il vaccino o del suo rappresentante legale _____

Rifiuto la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19"

Data e Luogo _____

Firma della persona che rifiuta di ricevere il vaccino o del suo rappresentante legale _____

Personale Sanitario dell'equipe vaccinale:

1) Nome e Cognome _____

Ruolo _____

Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo esser stato adeguatamente informato.

Firma _____

2) Nome e Cognome _____

Ruolo _____

Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo esser stato adeguatamente informato.

Firma _____

	VACCINO	LOT. N.° DATA SCAD.	SITO DI INIEZIONE		DATA E ORA	FIRMA SANITARIO
1° Dose			Braccio destro	Braccio sinistro		
2° Dose			Braccio destro	Braccio sinistro		