



Nome e Cognome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita
Residenza:	Telefono:
Tessera sanitaria (se disponibile) Codice fiscale	

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: “.....”

Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione. Ho avuto la possibilità di porre 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, se prevista.

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.

<b>ACCONSENSO E AUTORIZZO</b> la somministrazione del vaccino .....	<b>RIFIUTO</b> la somministrazione del vaccino .....
<b>Data e luogo:</b>	<b>Data e luogo:</b>
<b>Firma</b> della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale .....	<b>Firma</b> della persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale .....
<b>Informativa al parente di soggetti non in grado di esprimere il consenso (Rif. L. 29 gennaio 2021, n.6)</b>	
<input type="checkbox"/> Il paziente è incapace di esprimere un valido consenso. Ai fini della tutela della sua salute, stante l’indicazione alla vaccinazione, si condivide con il familiare di riferimento la decisione di procedere alla vaccinazione antiCovid-19. <i>cfr. Modulo Condivisione con familiari proposta di vaccinazione antiCOVID19</i>	
<b>Data e luogo:</b> .....	<b>Firma del Familiare:</b> .....

**Professionisti Sanitari dell’equipe vaccinale**

<b>1. Nome cognome e ruolo</b>	<b>2. Nome cognome e ruolo</b>
Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato <b>Firma:</b>	Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato <b>Firma:</b>

**La presenza del secondo Professionista Sanitario è utile ma non indispensabile in caso di Vaccinazione a domicilio o in contesto di criticità logistico-organizzativa**

**Dettagli operativi della vaccinazione**

	Sito di iniezione		Lotto n.	Scad.	Luogo di somministrazione	Data e ora	Firma sanitario
<b>1° dose</b>	Braccio destro	Braccio sinistro					
<b>2° dose</b>	Braccio destro	Braccio sinistro					