



Nome e Cognome del vaccinando \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**In caso di minore / soggetto incapace (dati identificativi dei genitori o del Rappresentante Legale)**

Padre (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Madre (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Rappresentante Legale (tutore o altro): \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Identificato tramite \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_ sottoscritt/\_\_\_\_ consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

**DICHIARA** sotto la propria responsabilità:

**di aver ricevuto** tramite

- materiale informativo (anche multilingue) specifico sull'argomento che mi è stato preventivamente consegnato e di cui ho compreso il contenuto;
- colloquio con un medico/operatore sanitario;

**un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:**

- sulla **modalità di effettuazione** della/e vaccinazione/i e la **via di somministrazione** del/i vaccino/i;
- sui **vantaggi**, il **grado di efficacia** e gli **effetti collaterali** della vaccinazione nonché delle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione;
- sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
- sugli eventuali **effetti collaterali** della/e vaccinazione/i e probabilità del loro verificarsi, nonché delle possibilità e modalità di loro trattamento;
- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore **colloquio** per poter acquisire ulteriori informazioni;
- sulla possibilità di **revocare** il presente consenso in qualsiasi momento, con conseguente mancata o ridotta protezione nei confronti della/e malattia/e per cui si vaccina;

**di essere stato invitato/o a trattenere** il minore vaccinato/trattenermi presso l'Ambulatorio per i **venti minuti successivi** alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini;

**di aver riferito corrette informazioni** sul mio stato di salute/sullo stato di salute del vaccinando;

- di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore** il quale, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, è stato da me personalmente informato della necessità di esecuzione della procedura vaccinale;



- di **esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;  
e quindi di **ACCONSENTO / NON ACCONSENTO** le seguenti vaccinazioni proposte:

	Acconsento	Non acconsento	firma
Differite-Tetano			
Differite-Tetano-Perlossi			
Differite-Tetano-Perlossi-Poliomielite			
Esavalente			
Meningococco ACWY			
Meningococco B			
Meningococco C			
Morbillo-Parotite- Rosolia			
Morbillo-Parotite- Rosolia- Varicella			
Papilloma Virus (HPV)			
Pneumococco 13			
Pneumococco 23			
Rotavirus			
Varicella			
Altre (specificare)			

**Il rifiuto delle vaccinazioni obbligatorie ai sensi della L. 119/2017 prevede l'avvio del percorso formale di recupero vaccinale con le modalità regolate dal Decreto Regione Lombardia n.11176 del 15/9/2017.**

**Firma del vaccinando/del genitore/del legale  
rappresentante**

\_\_\_\_\_

### Informativa

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla/i vaccinazione/i accettata/e dal vaccinando,

Per la/le vaccinazione/a proposta/e, sono state affrontate le tematiche relative alle rispettive patologie, ai vaccini utilizzati e alle modalità e sede di somministrazione, ai rischi e conseguenze della mancata vaccinazione, alle controindicazioni e ai possibili effetti collaterali e sono state fornite indicazioni sulla normativa (L.210/92) in caso di eventi avversi gravi alle vaccinazioni obbligatorie.

Ho inoltre verificato che le informazioni fornite sono state recepite con soddisfazione dall'utente.

**Timbro e Firma del medico/dell'operatore sanitario**



**PROCEDURA  
UOC Vaccinazioni**

**VACCINAZIONI**

Centro Vaccinale di \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_