

MODULO DI CONSENSO SOGGETTO MINORE

Nome e Cognome del vaccinando

Nato/a _____ il ____/____/20____

Residente in _____ Via/Piazza _____

CAP _____ Telefono _____

Tessera sanitaria N. _____

Dati identificativi dei genitori o di altri soggetti titolari della potestà genitoriale

1) Genitore/Titolare della potestà genitoriale (Nome e Cognome) _____
_____ nato il ____/____/____ a _____

2) Genitore/Titolare della potestà genitoriale (Nome e Cognome) _____
_____ nato il ____/____/____ a _____

 sottoscritt./_____ consapevole/i 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/DICHIARANO sotto la propria responsabilità:

- di aver letto, di aver ricevuto illustrazioni in una lingua nota e di aver del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: "Comirnaty" di Pfizer/BioNTech;
- di aver riferito al Medico le patologie del minore, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione;
- di aver avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del minore ottenendo risposte esaurienti e da me comprese;
- di essere stato adeguatamente informato con parole a me chiare;
- di aver compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione del minore, 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;
- di essere consapevole/i che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà responsabilità del genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale informare immediatamente il Medico curante del minore e seguirne le indicazioni;
- di accettare di rimanere con il minore nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate;
- di **aver acquisito l'assenso dell'altro genitore**, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, **mediante delega scritta corredata da copia di documento di identità**;

MODULO DI CONSENSO SOGGETTO MINORE

- di **esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;
- di **ACCONSENTIRE ED AUTORIZZARE** la somministrazione del **VACCINO COVID 19 "COMIRNATY" (PFIZER/BIONTECH)**

Data e Luogo _____

Firma del minore _____

Firma del 1°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale

Firma del 2°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale

- di **RIFIUTARE** la somministrazione del **VACCINO COVID 19 "COMIRNATY" (PFIZER/BIONTECH)**

Data e Luogo _____

Firma del minore _____

Firma del genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale

Spazio riservato ai Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

1. Nome e Cognome (Medico) _____

Confermo che il Vaccinando e il genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

Data _____ Firma _____

2. Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario) _____

_____ Ruolo _____

Confermo che il Vaccinando e il genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

Data _____ Firma _____

La presenza del secondo Professionista Sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un Singolo Medico, al domicilio della Persona Vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.