



"Le nuove generazioni sconfiggeranno il Covid"

Giornata di vaccinazione a Scuola
Palestra dell'Istituto Comprensivo di Castiglione Messer Marino
7 gennaio 2022 ore 10.30

Nome e Cognome del vaccinando

Nato/a _____ il ____ / ____ / 20__

frequentante la classe _____ scuola _____

dell'istituto _____

Dati identificativi dei genitori o del Rappresentante Legale

Padre (Nome e Cognome): _____ nato il ____ / ____ / ____

a _____ documento di

identità _____ n. _____

Madre (Nome e Cognome): _____ nato il ____ / ____ / ____

a _____ documento di

identità _____ n. _____

Rappresentante Legale (tutore o altro): _____ nato il ____ / ____ / ____

a _____

documento di identità _____ n. _____

____ sottoscritt ____ _____

consapevoli 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,

DICHIARANO sotto la propria responsabilità:

- di essere consapevoli che la scuola, in collaborazione con il Distretto Sanitario di Castiglione Messer Marino, ha messo a disposizione solo i locali scolastici e la relativa organizzazione didattica e logistica per la vaccinazione dei bambini e dei ragazzi di età 5-14 anni per il giorno 7 gennaio 2022;
- di essere consapevoli che la scuola non ha alcuna competenza e responsabilità relative alla somministrazione dei vaccini;
- di aderire alla campagna vaccinale promossa dalla scuola e di esprimere il consenso alla vaccinazione del proprio figlio;
- di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali del proprio figlio per le finalità di cui alla circolare allegata sulla giornata di vaccinazione a scuola;
- di sollevare la scuola da ogni responsabilità su eventuali esiti e sviluppi connessi alla vaccinazione;
- di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore come da sottoscrizione del presente modulo, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna;
- di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente;

Tanto dichiarato i sottoscritti _____
iscrivono il proprio figlio alla vaccinazione proposta per la giornata del 7 gennaio 2022 presso i locali della sede centrale dell'Istituto Comprensivo di Castiglione Messer Marino - Carunchio

Allegano alla presente copia del documento di identità

Firma dei genitori/del legale rappresentante (obbligatorie entrambe le firme)

Nome e Cognome del vaccinando

Nato/a _____ il ____/____/20____

Dati identificativi dei genitori o del Rappresentante Legale

Padre (Nome e Cognome): _____ nato il __/__/__
a _____

Madre (Nome e Cognome): _____ nato il __/__/__
a _____

Rappresentante Legale (tutore o altro): _____ nato il __/__/__
a _____

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 specifico sull'argomento che è stato preventivamente reso disponibile 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 (se trattasi di ciclo vaccinale a più dosi non completato) protezione nei confronti della/e malattia/e per cui si vaccina;



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

di aver riferito corrette informazioni sullo stato di salute del vaccinando;

- di **aver acquisito l'assenso dell'altro genitore**, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna;
- di **esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;

e quindi di **ACCETTARE la seguente vaccinazione proposta:**

	Accetto	firma
VACCINO COVID 19 COMIRNATY (PFIZER)		

Firma dei genitori/del legale rappresentante

Informativa

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla vaccinazione, accettata dal vaccinando, Per la vaccinazione proposta, sono state affrontate le tematiche relative alle rispettive patologie, al vaccino utilizzato 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

Centro Vaccinale di _____ Data ____/____/____