

ALLEGATO 1 CONSENSO INFORMATO

UOC Promozione Salute Donna e Bambino

MODULO DI CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALLA VACCINAZIONE

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____ Via/Piazza _____
Recapito telefonico _____

Identificato con documento
Scadenza _____ Rilasciato da _____ N. _____

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____ Via/Piazza _____
Recapito telefonico _____

Identificato con documento
Scadenza _____ Rilasciato da _____ N. _____

In qualità di Genitore/i /Legale Rappresentante
del minore:

Nato a _____ il _____ C.F. _____

DICHIARA / DICHIARANO:

- ✓ di aver riferito correttamente le informazioni sui dati anagrafici e sulle condizioni di salute del/la figlio/a o della persona che legalmente rappresenta;
- ✓ di aver ricevuto informazioni sulla/e malattia/e da prevenire, sulle caratteristiche dei/i vaccino/i impiegato/i e sui benefici e potenziali rischi della/e vaccinazione/i e sul numero delle somministrazioni previste dal calendario vaccinale vigente;
- ✓ di avere avuto la possibilità di fare domande e di avere compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente alla/e vaccinazione/i;
- ✓ di accettare che il minore rimanga in sala d'aspetto per 30 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate;
- ✓ di aver compreso che tutti i dati saranno trattati nel rispetto delle norme di protezione stabilite dal Regolamento Europeo n.679/2016 e che è necessario conferire e consentire il trattamento dei dati per poter essere vaccinati;

Titolare del trattamento è la Asl di Latina-via P.L.Nervi Torre2 Girasoli-04100 Latina,sito internet www.ausl.latina.it-PIVA 01684950593-.Il trattamento dei dati personali è improntato ai principi di correttezza,liceità,trasparenza e tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato,nonchè agli ulteriori principi previsti dall'articolo 5 del R.E.n°679/2016.L'informativa completa è disponibile sul sito aziendale all'interno della sezione Privacy.

- ✓ di aver compreso che in questa ASL è attiva un'anagrafe vaccinale informatizzata ;
- ✓ di aver compreso che è possibile revocare/modificare in qualsiasi momento i consensi espressi nel presente modulo, con conseguente mancata o ridotta (se trattasi di ciclo vaccinale a più dosi non completato) protezione nei confronti della malattia per cui si vaccina;
- ✓ di aver compreso che il Piano Nazionale Vaccini invita le ASL a effettuare, per promuovere le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, le così dette "chiamate attive" ovvero inviti personali a sottoporsi alle vaccinazioni.

DICHIARA (in caso di assenza di un genitore):

- di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore il/la quale, impossibilitato/a a presenziare nella giornata odierna, è stato/a dal/la sottoscritto/a personalmente informato/a della necessità di esecuzione della vaccinazione
- di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente

SULLA BASE DI QUANTO SOPRA, IL/LA/I SOTTOSCRITTO/A/I

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

alla effettuazione delle seguenti vaccinazioni obbligatorie e raccomandate - secondo le formulazioni esistenti in commercio- previste dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale attualmente in vigore

- Esavalente** (anti-difterica-tetanica-pertosse-polio-emofiloB-epatiteB)
- Pentavalente** (anti-difterica-tetanica-pertosse-polio-emofiloB)
- Tetavalente pediatrico/adulti** (anti-difterica-tetanica-pertosse-polio)
- Trivalente** (anti-difterica-tetanica-pertosse)
- M PRV** (anti-morbillo- parotite- rosolia-varicella)
- MPR** (anti-morbillo-parotite-rosolia)
- Anti-EmofiloB**
- Anti-EpatiteB pediatrico/adulti**
- Anti-EpatiteA**
- Anti-Meningococco C**
- Anti-Meningococco ACWY**
- Anti-Meningococco B**
- Anti-Papillomavirus HPV9**
- Anti-Pneumococco 15**
- Anti-Polio IPV**
- Anti-Rotavirus**
- Anti-Varicella**
- Altro**

Autorizza il trattamento dei dati personali propri e del/la minore che legalmente rappresenta.

Data

Firma del genitore/i/legale rappresentante

Centro Vaccinale di _____

Firma del medico che riceve il consenso