



# MODULO DI CONSENSO

**Cognome** \_\_\_\_\_

**Nome** \_\_\_\_\_

**Codice fiscale** \_\_\_\_\_

**Telefono** \_\_\_\_\_

**Luogo e data di nascita** \_\_\_\_\_

**Residenza** \_\_\_\_\_

RAPPRESENTANTE LEGALE

**Nome e Cognome** \_\_\_\_\_

**Codice Fiscale** \_\_\_\_\_

Spazio per QR-Code  
con Codice  
Prenotazione

- ✓ 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.
- ✓ Ho compilato/risposto alle domande della Scheda Anamnestica in modo veritiero.
- ✓ In presenza di un Professionista Sanitario addetto alla vaccinazione ho posto domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- ✓ Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarò 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.

Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione \_\_\_\_\_ mediante vaccino \_\_\_\_\_

Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione \_\_\_\_\_ mediante vaccino \_\_\_\_\_

**Luogo** \_\_\_\_\_, **Data** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Firma Paziente/Rappresentante Legale**

\_\_\_\_\_

Professionista Sanitario dell'equipe vaccinale

**Nome e Cognome** \_\_\_\_\_ **Ruolo** \_\_\_\_\_

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

**Firma** \_\_\_\_\_