

_____ sottoscritt _____ (cognome e nome) _____ Cellulare _____

nat _____ a _____ prov. _____ il _____ Cod. fiscale _____

Residente a _____ via _____ n° _____

DATI DEL TUTORE

Nome e Cognome _____ Codice Fiscale _____

DICHIARA

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, dichiara sotto la propria responsabilità di appartenere a una delle seguenti categorie:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Frequenza comunità | ☐ Convivente di soggetto ad alto rischio | ☐ Detenuto |
| ☐ Età > 60 | ☐ Forze di Polizia | ☐ Vigili del fuoco |
| ☐ Donna in gravidanza | ☐ Operatore Sanitario | ☐ Operatore non Sanitario |
| ☐ Anziani Lungodegenza | ☐ Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta | ☐ Età 16-69 |
| ☐ Residenza in area a maggior rischio | ☐ Altra attività lavorativa a rischio | ☐ Donatori di Sangue |
| ☐ Operatore Scolastico | ☐ Staff strutture di Lungodegenza | ☐ Studente dell'Area Sanitaria |
| ☐ Volontario del settore della Sanità | ☐ Soggetto vulnerabile per Patologia | ☐ Altro |

Di aver già ricevuto una 1° dose di vaccino nel paese _____

della tipologia _____ in data _____

Luogo e data _____

Firma utente _____
(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Tutore/Rappresentante legale)

CONSENSO

- ✓ Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa, di cui ricevo copia.
- ✓ Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica.
- ✓ In presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione ho posto domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- ✓ 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.
- ✓ Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà 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 _____

Luogo e data _____

Firma utente _____
(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Tutore/Rappresentante legale)

ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'Informativa allegata.

Gentile Signore/a, Desideriamo informarLa che il Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) prevede la tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

Il dati da Lei forniti verranno trattati per tracciare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19.

Il trattamento sarà effettuato in modalità informatizzata.

Il conferimento dei dati è **OBBLIGATORIO** per registrare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19 verso il Sistema Sanitario Nazionale e che l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporterebbe la mancata prosecuzione del rapporto.

I dati potranno essere/saranno comunicati al Servizio Sanitario Nazionale e al Ministero della Salute. Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare lo stato di salute del soggetto vaccinato. I dati sanitari potranno essere trattati da centri medici specializzati nel valutare l'idoneità alla vaccinazione.

Il Responsabile del trattamento dei dati personali indicati è INVITALIA, con sede in Via Calabria, 46 - 00187 Roma

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR).

Luogo e data _____

Firma utente _____
(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Tutore/Rappresentante legale)

Scheda Anamnestica

_____ sottoscritt _____ (cognome e nome) _____

nat _____ a _____ prov. _____ il _____ Cod. fiscale _____

DATI DEL TUTORE

Nome e Cognome _____ Codice Fiscale _____

- Attualmente è malato? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
- Ha febbre? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
- Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?
Se sì specificare: ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
- Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
- Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia
o altre malattie del sangue? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
- Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario?
(Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
- Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone
o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
- Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici,
oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
- Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
- Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
- Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo
alla prima o alla seconda somministrazione? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
- Per le donne: - sta allattando? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
- Sta assumendo farmaci anticoagulanti? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
- Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2
o affetta da COVID-19? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO

Manifesta uno dei seguenti sintomi:

- ☐ Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?
- ☐ Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?
- ☐ Dolore addominale/diarrea?
- ☐ Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?

Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? ☐ SI ☐ NO ☐ NON SO

- ☐ Nessun test COVID-19 recente
- ☐ Test COVID-19 negativo. Data: _____
- ☐ Test COVID-19 positivo. Data: _____
- ☐ In attesa di test COVID-19. Data: _____

Firma utente _____
(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Tutore/Rappresentante legale)

Firma medico _____

Personale sanitario che ha effettuato la vaccinazione (nome, cognome, firma) _____