

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

CAMPAGNA VACCINALE anti-SARS-CoV-2 per la fascia di età 5-11 anni

Nome e Cognome del minore:.....

Data di nascita:.....Luogo di nascita:.....

Codice Fiscale:..... Recapito telefonico:

Residenza:.....

I SOTTOSCRITTI GENITORI O IL LEGALE RAPPRESENTANTE DEL MINORE CHE RICEVE LA VACCINAZIONE

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

Residente in _____ Via/Piazza _____ n. _____

Recapito telefonico _____

Documento di identità (specificare se passaporto o carta di identità) n. _____

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

Residente in _____ Via/Piazza _____ n. _____

Recapito telefonico _____

Documento di identità (specificare se passaporto o carta di identità) n. _____

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

Residente in _____ Via/Piazza _____ n. _____

Recapito telefonico _____

Documento di identità (specificare se passaporto o carta di identità) n. _____

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,

DICHIARANO/DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di esercitare la patria potestà sul minore vaccinando;
- di aver letto in una lingua nota e di aver compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino Pfizer Comirnaty (aggiornamento del 07.12.2021 - circolare Ministero della Salute) relativa alla "Estensione di indicazione di utilizzo del vaccino Comirnaty (BioNTech/Pfizer) per la fascia di età 5-11 anni;
- di aver ricevuto un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:
 - sulla modalità di effettuazione della vaccinazione e la via di somministrazione del vaccino;
 - sui vantaggi, il grado di efficacia e gli effetti collaterali della vaccinazione nonché sulle possibili conseguenze sanitarie derivanti dalla mancata vaccinazione;
- di aver riferito al Medico/Operatore sanitario le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione del vaccinando;
- di aver avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino Comirnaty (BioNTech/Pfizer) in formulazione pediatrica e allo stato di salute del vaccinando ottenendo risposte esaurienti e da me/noi comprese;
- di essere consapevole/i che, qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale, sarà mia/nostra responsabilità informare immediatamente il Medico Pediatra curante e seguirne le indicazioni;

- di accettare di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate sul vaccinando;
- di autorizzare la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino Comirnaty (BioNTech/Pfizer) in formulazione pediatrica (per la fascia di età 5-11 anni);
- di acconsentire al trattamento dei dati personali del minore su indicato ai sensi del D.lgs 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo _____ Data _____

- Firma dei genitori dichiaranti (firma per esteso leggibile)

(Padre) _____ (Madre) _____

- Oppure Firma del Rappresentante Legale (tutore o altro) dichiarante (firma per esteso leggibile)

Rappresentante Legale (tutore o altro) _____

- **Qualora non si disponga della firma congiunta di entrambi i genitori, si dovrà procedere alla compilazione dei seguenti campi:**

IO SOTTOCRITTO DICHIARO

- di essere a conoscenza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori;

- che il mio stato civile è il seguente

- coniugato/a;
- vedovo/a
- separato/a
- divorziato/a

in situazione di:

- genitore affidatario con affidamento congiunto
- genitore affidatario con affidamento esclusivo
- genitore non affidatario con affidamento congiunto

che ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso per impedimento dello stesso e che é stato da me personalmente informato della necessità di esecuzione della procedura vaccinale;

che ai fini dell'applicazione della normativa in materia di esercizio della responsabilità genitoriale, a seguito di separazione, scioglimento, cessazione degli effetti civili, annullamento, nullità del matrimonio, il giudice, ai sensi dell'art. 337-ter c.c., ha stabilito che il sottoscritto esercita la potestà separatamente dall'altro genitore.

Letto, confermato e sottoscritto (**Allegare copia del documento di identità in corso di validità**)

Luogo _____ Data _____

Firma del Genitore Dichiarante (firma per esteso leggibile)

(Genitore Dichiarante) _____

I dati personali raccolti nel presente modulo di autocertificazione saranno trattati con le modalità previste dalla vigente normativa in materia di protezione dei dati personali (Regolamento (EU) 2016/679; D.Lgs 196/2003) e utilizzati unicamente per le finalità connesse all'autocertificazione medesima.