



Vaccinazione Anti-Covid 19

l'Italia rinasce con un fiore

__sottoscritt__ (cognome e nome) _____ Cell _____

nat__ a _____ prov.____ il _____ CF _____

Residente a _____ via _____ n° _____

DATI DEL TUTORE / RAPPRESENTANTE LEGALE

Cognome e Nome _____ CF _____

RACCORDO ANAMNESTICO CON IL CICLO VACCINALE PRIMARIO

Riferisca eventuali patologie o notizie utili sul suo stato di salute: (da compilare a cura del paziente)

Specifichi di seguito i farmaci o altre sostanze che sta assumendo: (da compilare a cura del paziente)

Note anamnestiche in occasione della dose aggiuntiva / "booster": (da compilare a cura del medico)

Data ____ / ____ / ____

Cognome e Nome (Medico) _____ Firma _____

Dose aggiuntiva / "booster"

Cognome e Nome (Professionista Sanitario Somministratore) _____

Ruolo _____ Firma _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva



Vaccinazione Anti-Covid 19

l'Italia rinasce con un fiore

CONSENSO INFORMATO

- ✓ Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).
- ✓ Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.
- ✓ Ho avuto la possibilità di porre 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, se prevista.
- ✓ 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

✓

Non acconsento

alla somministrazione della dose
addizionale / "booster" del vaccino: _____

Data ____/____/____

Firma utente

(firma della persona che riceve il vaccino o del suo Tutore/Rappresentante legale)

Firma Medico

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR)

Gentile Signore/a, Desideriamo informarla che il Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR) prevede la tutela delle persone 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 (DGPR), pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

I 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 (DGPR).

Data ____/____/____

Firma utente

(firma della persona che riceve il vaccino o del suo Tutore/Rappresentante legale)