



Consenso

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Indirizzo residenza _____

Telefono _____

Codice fiscale _____

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva

- ✓ Ho ricevuto, letto e compreso la **Nota Informativa**
- ✓ Ho compilato e riesaminato con il Personale Sanitario la **Scheda Anamnestica**
- ✓ Ho posto domande in presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione, in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti.
- ✓ Sono stato correttamente informato ed ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche.
- ✓ Acconsento, richiedo ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino **"Pfizer-BioNTech COVID-19"**
- ✓ 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 _____ minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino *reazioni avverse immediate*.

Data ____ / ____ / ____

Firma utente _____

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Luogo _____

Personale Sanitario che ha effettuato la vaccinazione

Nome e Cognome _____ Ruolo _____

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

Firma sanitario _____