

MODULO DI PRESTAZIONE DEL CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

Il/La sottoscritto/a cognome* _____ nome* _____

*(non devono essere forniti se l'assistito è uno Straniero non iscritto al SSN in possesso di tesserino STP)

data nascita _____
sesso M F codice fiscale / ENI / STP _____
luogo nascita _____

iscritto al SSR: SSR Lazio SSR altra Regione Straniero ENI o STP Altro

residente: nella regione Lazio in altra Regione all'estero

*N.B.: se residente in Italia fornire i seguenti **dati di residenza:***

Via/Piazza _____ N _____

Comune di _____ tel _____

Da compilare solo se l'assistito è un operatore sanitario

Sede di lavoro _____ Reparto _____

Medico Infermiere/ostetrica OSS/OTA Tecnico Rad/lab

Farmacista Fisioterapista Pers. Amministrativo Altro _____

DICHIARA

Di avere avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente a:

- informazioni contenute nella scheda informativa sintetica sulla vaccinazione antinfluenzale;
- benefici e potenziali rischi della vaccinazione antinfluenzale;
- non obbligatorietà della vaccinazione antinfluenzale;

PERTANTO, ACCONSENTE/NON ACCONSENTE AD ESSERE SOTTOPOSTO/A ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE.

	DATA	NOME E COGNOME (in stampatello)	FIRMA
ASSISTITO			
OP. SANITARIO			

Dati obbligatori da riportare a cura dell'Operatore sanitario vaccinatore

Motivo della vaccinazione: _____

Luogo della vaccinazione: studio/ambulat. RSA altra strutt. Resid./semiresid.
domicilio strutt. Osped. Per acuzie strutt. Osped. Post-acuzie altro

Specificare il nome e Comune della struttura: _____

Nome commerciale del vaccino: _____ lotto N. _____

Sito inoculazione: deltoide gluteo quadricipite Lato: dx sin

Il/La sottoscritto/a le cui generalità sono sopra riportate dichiara inoltre:

- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati (art. 13 Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio) ed esprime il proprio consenso.

Data di somministrazione Firma assistito.....