



Modulo di consenso alla vaccinazione

Io sottoscritto/a _____

Nato a _____ il ____ / ____ / _____

dichiaro:

- di aver riferito correttamente le informazioni sul mio attuale stato di salute/sullo stato attuale di salute di mio figlio/a o della persona che rappresento legalmente;
- di avere avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente a informazioni sul vaccino:

- antinfluenzale stagionale 2020-2021 (quadrivalente o trivalente);
- antipneumococco coniugato 13 valente;
- antipneumococco polisaccaridico 23 valente.

(barrare il vaccino proposto)

- benefici e potenziali rischi della vaccinazione;
- necessità di restare in osservazione in sala d'attesa per almeno 20-30 minuti, dopo la vaccinazione;
- necessità di comunicare eventuali reazioni avverse al medico curante;

PERTANTO, ESPRIMO CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE SOPRA INDICATA

firma leggibile dell'interessato/a o del rappresentante legale del/la minore o della persona incapace

Data _____

firma dell'operatore sanitario