



Modulo di consenso

Cognome _____

Nome _____

Codice fiscale _____

Telefono _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza _____

RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Spazio perQR-
Code con
Codice
Prenotazione

- Sono stato correttamente informato con parole a me chiare, ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione indicata, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la terza dose, se prevista.
- Ho compilato/risposto alle domande della Scheda Anamnestica in modo veritiero
- In presenza di un Professionista Sanitario addetto alla vaccinazione ho posto domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese
- Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarò mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e dseguirne 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 ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione anti-Covid 19 mediante vaccino Pfizer, Inc., and BioNTech, vaccino BOOSTER DI RICHIAMO.

Luogo _____, **Data** ___/___/_____

Firma Paziente/Rappresentante Legale

Professionista Sanitario dell'equipe vaccinale

Nome e Cognome _____ **Ruolo** _____

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

Firma _____