

MODULO DI PRESTAZIONE DEL CONSENSO ALLA VACCINAZIONE

ED AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

Sesso M F data di nascita _____ codice fiscale _____

residente in via/piazza _____ N _____

Comune di _____ tel _____

Paziente di:

- Dr. Citterio
- Dr. Coduri
- Dr.ssa Drigo
- Dr.ssa Galimberti

DICHIARA

1. Di aver riferito correttamente le informazioni sul proprio attuale stato di salute/sullo stato attuale di salute di mio figlio/a o della persona che rappresento legalmente;
2. Di avere avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente alla vaccinazione antinfluenzale:
 - a. informazioni contenute nell'allegato foglio illustrativo del vaccino;
 - b. benefici e potenziali rischi della vaccinazione contro;
 - c. necessità di trattenermi in ambulatorio per almeno 30 minuti, dopo la vaccinazione;
 - d. necessità di comunicare eventuali reazioni avverse;
3. Di aver compreso che i propri dati saranno trattati nel rispetto delle norme di protezione stabilite dal decreto legislativo 196/2003 e del Reg. 679/2016.

PERTANTO, ACCONSENTE ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

Data _____

Firma _____

Dati obbligatori da riportare a cura dell'Operatore sanitario:

Motivo della vaccinazione°: _____

Luogo della vaccinazione: studio/ambulat. domicilio

Nome commerciale del vaccino: _____ lotto

N. _____ scad. _____