



VACCINAZIONE ANTI-COVID MODULO CONSENSO

Nome e Cognome

Luogo di Nascita

Data di Nascita

Residenza

Telefono

N° Tessera Sanitaria (se disponibile)

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota e ho del tutto compreso la Nota informativa in Allegato 1 della quale ricevo copia.

Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il personale sanitario la scheda Anamnestica in Allegato 2.

In presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione ho posto domande in merito al vaccino e al mio stato di salute, ottenendo risposte esaurienti da me comprese.

Sono stata/o correttamente informata/o con parole a me chiare, ho compreso i benefici e i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose.

Sono consapevole che, qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale, sarà mia responsabilità informare immediatamente il Medico curante e seguirne le indicazioni.

Accetto di rimanere nella Sala d'Aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non avvengano reazioni avverse immediate.

Acconsento ed autorizzo la vaccinazione mediante “Pfizer-BioNTech Covid19”

Data e Luogo _____

Firma della persona che riceve il vaccino o suo rappresentante legale

Rifiuto la vaccinazione mediante “Pfizer-BioNTech Covid19”

Data e Luogo _____

Firma della persona che riceve il vaccino o suo rappresentante legale
