

**MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTI-COVID-19  
PER MINORI DI ANNI 18**

**DATI IDENTIFICATIVI DEL VACCINANDO**

Cognome Nome.....

Data di nascita.....Luogo di nascita.....

Residenza.....

Telefono .....Mail .....

Numero tessera sanitaria (se disponibile).....

Codice fiscale.....

**DATI IDENTIFICATIVI DEI GENITORI O DI ALTRI SOGGETTI TITOLARI DELLA POTESTA'  
GENITORIALE**

1) Genitore/Titolare della potestà genitoriale

Cognome Nome.....

nato a ..... il .....

Documento di identità n. ....

Rilasciato da .....il.....

Scadenza .....

2) Genitore/Titolare della potestà genitoriale

Cognome Nome.....

nato a ..... il .....

Documento di identità n. ....

Rilasciato da .....il.....

Scadenza .....

Il sottoscritt / \_\_\_\_\_  
consapevole/i delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o  
formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in  
caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

**DICHIARA/DICHIARANO**  
sotto la propria responsabilità:

- di aver letto, di aver ricevuto illustrazioni in una lingua nota e di aver del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: \_\_\_\_\_
  - di aver riferito al Medico le patologie del minore, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione;
  - di aver avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del minore ottenendo risposte esaurienti e da me/noi comprese;
  - di essere stato adeguatamente informato con parole a me/noi chiare;
  - di aver compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione del minore, 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, se prevista;
  - di essere consapevole/i che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà responsabilità del genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale informare immediatamente il Medico curante del minore e seguirne le indicazioni;
  - di accettare di rimanere con il minore nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate;
- o di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, mediante delega scritta corredata da copia di documento di identità (in allegato);
  - o di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente;

**SPAZIO RISERVATO AD EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL TRIBUNALE DEI MINORI  
RELATIVAMENTE ALLA POTESTA' GENITORIALE**

Provvedimento del Tribunale dei Minori di .....  
n. .... data .....

di **ACCONSENTIRE ED AUTORIZZARE** la somministrazione del **VACCINO COVID 19** \_\_\_\_\_

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma del minore \_\_\_\_\_

Firma del 1° genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale

\_\_\_\_\_

Firma del 2° genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

di RIFIUTARE la somministrazione del VACCINO COVID 19 \_\_\_\_\_

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma del minore \_\_\_\_\_

Firma del 1°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale \_\_\_\_\_

Firma del 2°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

**Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale**

Cognome e Nome (Medico) \_\_\_\_\_

confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

Firma \_\_\_\_\_

Cognome e Nome e \_\_\_\_\_ Ruolo \_\_\_\_\_

confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

Firma \_\_\_\_\_

*La presenza del 2° sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo Medico, al domicilio o in stato di criticità logistico-organizzativa.*

**N.B. LA VACCINAZIONE NON POTRA' ESSERE EFFETTUATA IN CASO DI MANCANZA DEI DOCUMENTI SOPRA CITATI**

## DELEGA PER LA VACCINAZIONE anti-COVID-19 nei MINORI

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

Io sottoscritto/a (nome e cognome del genitore che non può essere presente alla vaccinazione)

Documento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Rec. Telefonico \_\_\_\_\_

Padre / Madre di (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Impossibilitato ad essere presente **esprimo il mio consenso alla somministrazione del suddetto vaccino e al trattamento dei dati personali e**

### DELEGO

Il /la Sig./Sig. ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Padre / Madre del minore

Documento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

a **rappresentarmi** presso l'Ambulatorio vaccinale per la vaccinazione di **NOSTRO/A FIGLIO/A**

(nome e cognome) \_\_\_\_\_

**IN DATA** \_\_\_\_\_

**Si allega alla presente fotocopia del documento d'identità del dichiarante**

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

\_\_\_\_\_  
firma del Delegante