

**MODULO DI CONSENSO SOGGETTO MINORE**

**Nome e Cognome del vaccinando**

\_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Tessera sanitaria N. \_\_\_\_\_

**Dati identificativi dei genitori o di altri soggetti titolari della potestà genitoriale**

1) Genitore/Titolare della potestà genitoriale (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

2) Genitore/Titolare della potestà genitoriale (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

      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:
  - COMIRNATY (PFIZER/BIONTECH)**
  - SPIKEVAX (Moderna)**
- 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 comprese;
- di essere stato adeguatamente informato con parole a me 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;
- di **aver acquisito l'assenso dell'altro genitore**, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, **mediante delega scritta corredata da copia di documento di identità**;
- di **esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;

**MODULO DI CONSENSO SOGGETTO MINORE**

- di **ACCONSENTIRE ED AUTORIZZARE** la somministrazione del VACCINO COVID 19:
- COMIRNATY (PFIZER/BIONTECH)**
  - SPIKEVAX (Moderna)**

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:
- COMIRNATY (PFIZER/BIONTECH)**
  - SPIKEVAX (Moderna)**

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

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

Firma del genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale

\_\_\_\_\_

***Spazio riservato ai Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale***

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

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

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

2. Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario) \_\_\_\_\_  
Ruolo \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

***La presenza del secondo Professionista Sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un Singolo Medico, al domicilio della Persona Vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.***