





**VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 - MODULO di CONSENSO**  
**DOSE DI RICHIAMO “BOOSTER/SECOND BOOSTER”**

Cognome e Nome :.....	
Data di nascita:.....	Luogo di nascita:.....
Telefono:.....	

- Ho letto o mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa del vaccino anticovid (Comirnaty Original/Omicron BA.1 ) che mi è stato offerto.
- Ho riferito al Personale Sanitario le patologie attuali e/o pregresse e le terapie in corso di esecuzione.
- Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- Sono stato correttamente informato con parole a me chiare, ho compreso i benefici e rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia alla dose di richiamo (dose “booster/second booster”).
- Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il Medico Curante e seguirne le indicazioni.
- Accetto di rimanere in 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 del vaccino anti COVID 19.

Data e Luogo

Firma della persona che riceve il vaccino  
o del suo Rappresentante Legale

Firma \_\_\_\_\_

- Rifiuto la somministrazione del vaccino anti COVID 19.

Data e Luogo  
o del suo Rappresentante Legale

Firma della persona che rifiuta il vaccino

Firma \_\_\_\_\_