



VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 - MODULO di CONSENSO

DOSE DI RICHIAMO

Cognome e Nome:.....	
Data di nascita:.....	Luogo di nascita:.....
Codice Fiscale:.....	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.4-5) 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.
- 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

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

Firma _____