



## Consenso al trattamento dei dati personali

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

\_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ ,n° \_\_\_\_\_

DATI DEL TUTORE

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

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Applica qui  
l'etichetta  
adesiva

### ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti del **Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR)**, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

#### Letto, confermato e sottoscritto

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma utente \_\_\_\_\_

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Luogo \_\_\_\_\_

#### REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (GDPR)

Gentile Signore/a,

Desideriamo informarLa che il Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR) prevede la tutela delle persone delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR), pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

- 1 I dati da Lei forniti verranno trattati per tracciare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19.
- 2 Il trattamento sarà effettuato in modalità informatizzata.
- 3 Il conferimento dei dati è **OBBLIGATORIO** per registrare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19 verso il Sistema Sanitario Nazionale e che l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporterebbe la mancata prosecuzione del rapporto.
- 4 I dati potranno essere/saranno comunicati al Servizio Sanitario Nazionale e al Ministero della Salute. Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare lo stato di salute del soggetto vaccinato. I dati sanitari potranno essere trattati da centri medici specializzati nel valutare l'idoneità alla vaccinazione.
- 5 Il Responsabile del trattamento dei dati personali indicati è INVITALIA, con sede in Via Calabria, 46 - 00187 Roma
- 6 In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR).



Dati personali

**B****Vaccinazione Anti-Covid 19  
Autocertificazione**\_\_\_\_sottoscritt\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nat\_ a\_\_\_\_\_prov.\_\_\_\_il \_\_\_\_\_

**DATI DEL TUTORE****Nome e Cognome** \_\_\_\_\_**Codice Fiscale** \_\_\_\_\_Applica qui  
l'etichetta  
adesiva Dichiaro di aver già ricevuto una 1° dose di vaccino nel Paese/Regione/Provincia \_\_\_\_\_  
della tipologia \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ Dichiaro di aver già ricevuto una 2° dose di vaccino nel Paese/Regione/Provincia \_\_\_\_\_  
della tipologia \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ Dichiaro di aver già ricevuto una 3° dose di vaccino nel Paese/Regione/Provincia \_\_\_\_\_  
della tipologia \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_**Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Firma utente** \_\_\_\_\_*(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo  
Rappresentante legale)*

Autocertificazione

**SCHEDA ANAMNESTICA**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Data anamnesi \_\_\_\_\_

Spazio per QR-Code  
con Codice Prenotazione**VERIFICHE PRELIMINARI COVID-CORRELATE**

- |          |   |                          |           |                          |           |
|----------|---|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|
| <b>1</b> | Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?   | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| <b>2</b> | Manifesta uno dei seguenti sintomi: tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali, mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto, dolore addominale/diarrea, lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?<br>Se sì, specificare quale _____ | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| <b>3</b> | Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?<br>Se sì, specificare dove _____  | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| <b>4</b> | Ha un Test COVID-19 recente?<br>Test COVID-19 Negativo – Data: __/__/____      Test COVID-19 Positivo – Data: __/__/____<br>In attesa di Test COVID-19 – Data: __/__/____   | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |

**ANAMNESI**

- |           |  |                          |           |                          |           |
|-----------|--|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|
| <b>1</b>  | Attualmente è malato?  | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| <b>2</b>  | Ha febbre?   | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| <b>3</b>  | Soffre o ha mai sofferto di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?<br>Se sì, specificare quale _____  | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| <b>4</b>  | Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?   | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| <b>5</b>  | Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?  | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| <b>6</b>  | Si trova in una situazione di compromissione del sistema immunitario (ad es: neoplasia, leucemie, linfomi, HIV/AIDS, patologie autoimmunitarie in atto, ...) o è stato soggetto o è previsto un trapianto? | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| <b>7</b>  | Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (ad es: cortisonici, prednisone od altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?   | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| <b>8</b>  | Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?   | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| <b>9</b>  | Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?  | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| <b>10</b> | Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?<br>Se sì, quale/i _____   | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| <b>11</b> | Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?   | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| <b>12</b> | Per le donne: sta allattando?  | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |
| <b>13</b> | Sta assumendo farmaci anticoagulanti?  | <input type="checkbox"/> | <b>SI</b> | <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> |

Firma Operatore Sanitario \_\_\_\_\_

## Modulo di consenso

**Cognome** \_\_\_\_\_

**Nome** \_\_\_\_\_

**Codice fiscale** \_\_\_\_\_

**Telefono** \_\_\_\_\_

**Luogo e data di nascita** \_\_\_\_\_

**Residenza** \_\_\_\_\_

RAPPRESENTANTE LEGALE

**Nome e Cognome** \_\_\_\_\_

**Codice Fiscale** \_\_\_\_\_

Spazio per QR-Code  
con Codice Prenotazione

- ✓ Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) per il vaccino selezionato in basso, di cui ricevo copia
- ✓ Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica, riferendo patologie attuali e/o pregresse e terapie in corso di esecuzione.
- ✓ In presenza di un Professionista Sanitario addetto alla vaccinazione ho posto domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- ✓ Sono stato correttamente informato con parole a me chiare, ho compreso i benefici ed 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.
- ✓ Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio 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 si verifichino reazioni avverse immediate.

[ \_\_\_\_\_ ] la somministrazione della vaccinazione anti-Covid-19 mediante vaccino [ \_\_\_\_\_ ]

**Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma Utente / Rappresentante Legale**

**Luogo** \_\_\_\_\_

Professionista Sanitario dell'equipe vaccinale

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

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo [ \_\_\_\_\_ ] alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

**Firma** \_\_\_\_\_