



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 ____ / ____ / ____

Luogo _____

Firma utente _____

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

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**

- | | | | | | |
|----------|---|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|
| 1 | Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 2 | 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?
Se sì, specificare quale _____ | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 3 | Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?
Se sì, specificare dove _____ | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 4 | Ha un Test COVID-19 recente?
Test COVID-19 Negativo – Data: ___/___/___ Test COVID-19 Positivo – Data: ___/___/___
In attesa di Test COVID-19 – Data: ___/___/___ | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

ANAMNESI

- | | | | | | |
|-----------|--|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|
| 1 | Attualmente è malato? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 2 | Ha febbre? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 3 | Soffre o ha mai sofferto di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?
Se sì, specificare quale _____ | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 4 | Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 5 | Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 6 | 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"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 7 | 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"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 8 | 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"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 9 | Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 10 | Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?
Se sì, quale/i _____ | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 11 | Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 12 | Per le donne: sta allattando? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 13 | Sta assumendo farmaci anticoagulanti? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

Firma Operatore Sanitario _____

Modulo di consenso

Cognome _____

Nome _____

Codice fiscale _____

Telefono _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza _____

RAPPRESENTANTE LEGALE/GENITORE 1

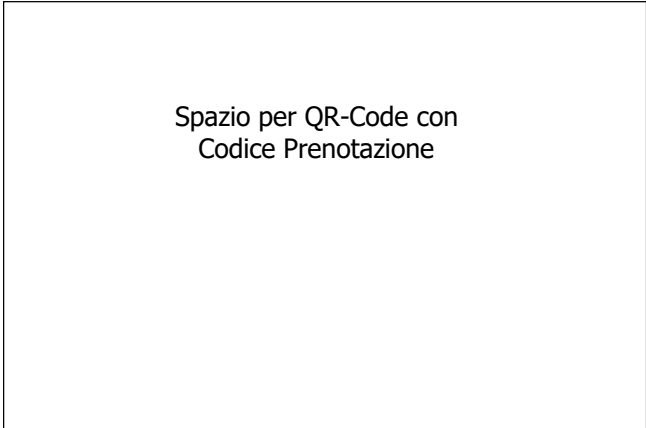
Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

DATI DEL GENITORE 2

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____



- 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 sarò 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.
- Dichiaro di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna o di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente (nel caso di presenza di un unico genitore).

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

Luogo _____ ,

Data __/__/____

Firma Rappresentante Legale/Genitore 1

Firma Genitore 2

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 _____