

### Modulo di prestazione del consenso informato alla vaccinazione antinfluenzale

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a.....

In data.....Codice Fiscale/ENI/STP.....

Residente in.....alla via.....

Iscritto al  SSR Puglia  SSR altra Regione  Straniero ENI/STP  Altro

Telefono.....E-mail.....

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false

#### **DICHIARA sotto la propria responsabilità di**

- aver ricevuto, letto e compreso le informazioni contenute nella *nota informativa sintetica sull'utilizzo del vaccino antinfluenzale*;
- aver ricevuto, letto e compreso l'*informativa privacy* in merito al trattamento dei dati personali e particolari per le finalità relative alla prestazione sanitaria inerente alla campagna di vaccinazione per la prevenzione e il controllo dell'influenza;
- essere stato informato sui benefici e potenziali rischi della vaccinazione antinfluenzale;
- essere stato informato dell'obbligatorietà/non obbligatorietà della vaccinazione antinfluenzale;
- essere stato informato sulle condizioni morbose che costituiscono controindicazione alla vaccinazione antinfluenzale;
- aver avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti.

#### **PERTANTO, ACCONSENTE AD ESSERE SOTTOPOSTO/A ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE.**

<b>Luogo e data:</b>	<b>Firma dell'Assistito</b>
----------------------	-----------------------------

#### **Dati obbligatori da riportare a cura dell'Operatore sanitario vaccinatore:**

Motivo della vaccinazione.....

Nome commerciale del vaccino.....

Luogo della vaccinazione:

- Ambulatorio/studio  RSA  Altra struttura residenziale/semiresidenziale  Domicilio
- Struttura ospedaliera per acuzie  Struttura ospedaliera post-acuzie  Altro

<b>Nome e Cognome</b>	<b>Firma dell'Operatore sanitario vaccinatore</b>
-----------------------	---------------------------------------------------