

Modulo di prestazione del consenso informato alla vaccinazione anti Covid-19

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 anti Covid-19*;
- 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'infezione da SARS-CoV-2 (Covid-19);
- essere stato informato sui benefici e potenziali rischi della vaccinazione anti Covid-19;
- essere stato informato dell'obbligatorietà/non obbligatorietà della vaccinazione anti Covid-19;
- essere stato informato sulle condizioni morbose che costituiscono controindicazione alla vaccinazione anti Covid-19;
- 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 ANTI COVID-19.

Luogo e data:	Firma dell'Assistito
---------------	----------------------

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

Nome e Cognome	Firma dell'Operatore sanitario vaccinatore
----------------	--