

**DATI IDENTIFICATIVI DEL VACCINANDO**

**NOME COGNOME**

.....  
**DATA di NASCITA**

.....  
**LUOGO di NASCITA**

.....  
**RESIDENZA**

.....  
**Telefono**

.....  
**Mail**

.....  
**Tessera sanitaria (se disponibile)**

.....  
**CODICE FISCALE**

N. ....

---

**DATI IDENTIFICATIVI DEI GENITORI O DI ALTRI SOGGETTI TITOLARI DELLA POTESTA' GENITORIALE**

**1) Genitore/Titolare della potestà genitoriale**  
**(Nome Cognome)**

.....  
nato a ..... **il** .....

Documento di identità n. ....

Rilasciato da .....

Il..... **Scadenza** .....

**2) Genitore/Titolare della potestà genitoriale**  
**(Nome Cognome)**

.....  
nato a ..... **il** .....

Documento di identità n. ....

Rilasciato da .....

Il..... **Scadenza** .....

1 sottoscritt / \_\_\_\_\_ consapevole/i delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

**DICHIARA/DICHIARANO**  
**sotto la propria responsabilità:**

- di aver letto, di aver ricevuto illustrazioni in una lingua nota e di aver del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: "Comirnaty" di Pfizer/BioNTech (Versione 04. del 16/06/2021- 0027471-18/06/2021-DGPRES-DGPRES-P - Allegato Utente 2 (A02)
- di aver riferito al Medico le patologie del minore, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione;
- di aver avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del minore ottenendo risposte esaurienti e da me/noi comprese;
- di essere stato adeguatamente informato con parole a me/noi chiare;
- di aver compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione del minore, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose, se prevista;
- di essere consapevole/i che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà responsabilità del genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale informare immediatamente il Medico curante del minore e seguirne le indicazioni;
- di accettare di rimanere con il minore nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate;

- di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, mediante delega scritta corredata da copia di documento di identità (in allegato);*
- di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente;*

**SPAZIO RISERVATO AD EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL TRIBUNALE DEI  
MINORI RELATIVAMENTE ALLA POTESTA' GENITORIALE**

*Provvedimento del Tribunale dei Minori di .....*

*n. .... data .....*

**di ACCONSENTIRE ED AUTORIZZARE la somministrazione del  
VACCINO COVID 19 "COMIRNATY" (PFIZER/BIONTECH)**

**Data e Luogo** \_\_\_\_\_

**Firma del minore** \_\_\_\_\_

**Firma del 1°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale**

\_\_\_\_\_  
**Firma del 2°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale**

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

**di RIFIUTARE la somministrazione del  
VACCINO COVID 19 "COMIRNATY" (PFIZER/BIONTECH)**

**Data e Luogo** \_\_\_\_\_

**Firma del minore** \_\_\_\_\_

**Firma del 1°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale**

\_\_\_\_\_

**Firma del 2°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale**

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

**Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale**

**Nome e Cognome (Medico)** \_\_\_\_\_

confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

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

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

**Ruolo** \_\_\_\_\_

confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

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

*La presenza del 2° sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo Medico, al domicilio o in stato di criticità logistico-organizzativa.*

**N.B.**

**LA VACCINAZIONE NON POTRA' ESSERE EFFETTUATA IN CASO DI MANCANZA DEI DOCUMENTI SOPRA CITATI**



ASL Lecce

**PugliaSalute**

**DELEGA VACCINAZIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

**DELEGA**

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

a (indicare il tipo di operazione per cui si effettua la delega)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo e Data

Firma Delegante

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante  
Allegare anamnesi e consenso ad effettuare la vaccinazione

**IL DELEGATO SI PRESENTI CON DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'**