

DATI ANAGRAFICI GENITORE

COGNOME: _____ NOME: _____

SESSO: MASCHIO FEMMINA DATA DI NASCITA: ___ / ___ / _____

LUOGO DI NASCITA: _____ NAZIONALITA' _____

TEL. _____ CELL. _____ E-MAIL: _____

DATI ANAGRAFICI ASSISTITO/VACCINANDO

COGNOME: _____ NOME: _____

SESSO: MASCHIO FEMMINA DATA DI NASCITA: ___ / ___ / _____

LUOGO DI NASCITA: _____ NAZIONALITA' _____

RESIDENZA _____ CITTA' _____ C.A.P. _____

PEDIATRA/MEDICO: Dott. _____ TEL. Pediatra _____

PRESTAZIONE DEL CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

Io sottoscritto, le cui generalità sono sopra riportate, dichiaro di essere il genitore/legale rappresentante del minore e, **in accordo con l'altro genitore del minore**, i cui dati sono riportati alla voce "dati anagrafici assistito", presto il consenso alla effettuazione della vaccinazione contro influenza, secondo quanto previsto dal PNPV 2023/2025.

Firma del genitore

Io sottoscritto/a dichiaro di aver partecipato della videoconferenza tenutasi il giorno 9/11/2023 e di avere ricevuto le informazioni riguardo la vaccinazione antinfluenzale e il vaccino spray nasale che sarà somministrato SI NO

Io sottoscritto/a dichiaro di aver letto la nota informativa, inviata dalla scuola, con la quale ho ottenuto le necessarie informazioni riguardanti la vaccinazione antinfluenzale e il vaccino spray nasale che sarà somministrato SI NO

Anamnesi: domande riguardanti la storia clinica del/la bambino/a

- Il/la bambino/a sta bene? SI NO
- Il/la bambino/a ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici? SI NO
- Il/la bambino/a è allergico ad uno qualsiasi degli eccipienti (Saccarosio, Fosfato dipotassico Diidrogenofosfato di potassio, Gelatina porcina, di tipo A, Arginina cloridrato, Glutammato monosodico monoidrato) o ha mai presentato reazione allergica severa, ad es. shock anafilattico, alle uova o alle proteine delle uova, ad es. ovoalbumina, o alla Gentamicina? SI NO
- Il/la bambino/a a mai fatto il vaccino antinfluenzale in passato? SI NO
- Il/la bambino/a ha immunodeficienza clinica a causa di condizioni o terapie immunosoppressive quali leucemie acute e croniche, linfomi, infezione sintomatica da HIV, carenze immunocellulari e trattamento con corticosteroidi ad alte dosi? SI NO
- Il/la bambino/a è affetto da asma severo non controllato SI NO
- Il/la bambino/a assume una terapia a base di salicilati (Aspirina)? SI NO
- Il/la bambino/a ha già compiuto i due anni di età? SI NO
- Il/la bambino/a fa ricevuto vaccini nell'ultimo mese? SI NO
- Se si quali? _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
PER FINALITÀ DI TUTELA DELLA SALUTE
(artt. 13-14 del Regolamento UE 2016/679 e artt. 78-79 del D.Lgs. n. 196/2003 s.m.i.)

Ai sensi della normativa vigente - Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016 e D. Lgs. 30/06/2003, n. 196 s.m.i., i suoi dati personali e particolari sono oggetto di trattamento da parte di questa Azienda Sanitaria che, in qualità di Titolare del trattamento, è tenuta a garantire la sicurezza dei suoi dati personali e particolari contro rischi presentati dal trattamento che derivano in particolare dalla distruzione, dalla perdita, dalla modifica, dalla divulgazione non autorizzata o dall'accesso, in modo accidentale o illegale, a dati trasmessi, conservati o comunque trattati.

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a, le cui generalità sono riportate nella sezione dati anagrafici, dichiara, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi in qualità di essere:
(barrare la parte interessata)

- esercente la responsabilità genitoriale

- persona fiduciaria
 - esercente la legale rappresentanza
 - amministratore di sostegno
 - persona unita civilmente

- prossimo congiunto
 - persona convivente
- persona familiare:

.....

- persona responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato (paziente)

[] che codesta Azienda Sanitaria ha fornito le informazioni sul trattamento dei dati personali, anche particolari, precedentemente all'erogazione della prestazione sanitaria;

[] che codesta Azienda Sanitaria ha fornito le informazioni sul trattamento dei dati personali, anche particolari, successivamente all'erogazione della prestazione sanitaria;

Data ____ / ____ / ____

Firma

(per esteso e leggibile)