

**Consenso al trattamento dei dati personali**

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 (GDPR)**, 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 ____ / ____ / ____

Firma utente _____

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

Luogo _____

REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (GDPR)

Gentile Signore/a,

Desideriamo informarla che il Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) 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 (GDPR), 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 (GDPR).



Vaccinazione Anti-Covid 19

Autocertificazione



Autocertificazione

_____ sottoscritt _____ (cognome e nome) _____

nat _____ a _____ prov. _____ il _____

DATI DEL TUTORE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva

Consapevole che, ai sensi dell'art. **76 del D.P.R. 445/2000**, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, dichiara sotto la propria responsabilità:

☐ Operatori Sanitari

☐ Operatori non Sanitari

☐ Anziani Lungodegenza

☐ Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta

☐ Staff strutture di Lungodegenza

☐ Dichiaro di aver già ricevuto una 1° dose di vaccino nel paese _____
della tipologia _____ in data _____

Data ____ / ____ / ____

Firma utente _____

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



Anamnestico

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva**Anamnesi****Da compilare a cura del Vaccinando e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione.**

- | | | | | |
|----------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 1 | Attualmente è malato? | ☐ SI | ☐ NO | ☐ NON SO |
| 2 | Ha febbre? | ☐ SI | ☐ NO | ☐ NON SO |
| 3 | Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?
Se sì, specificare: _____ | ☐ SI | ☐ NO | ☐ NON SO |
| 4 | Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? | ☐ SI | ☐ NO | ☐ NON SO |
| 5 | Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? | ☐ SI | ☐ NO | ☐ NON SO |
| 6 | Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario?
(Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? | ☐ SI | ☐ NO | ☐ NON SO |
| 7 | Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario
(esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni? | ☐ SI | ☐ NO | ☐ NON SO |
| 8 | Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici,
oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? | ☐ SI | ☐ NO | ☐ NON SO |
| 9 | Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? | ☐ SI | ☐ NO | ☐ NON SO |
| 10 | Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?
Se sì, quale/i? _____ | ☐ SI | ☐ NO | ☐ NON SO |
| <i>Per le donne:</i> | | | | |
| 11 | È incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? | ☐ SI | ☐ NO | ☐ NON SO |
| 12 | Sta allattando? | ☐ SI | ☐ NO | ☐ NON SO |

Specifichi di seguito i farmaci, gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

*Anamnesi COVID-correlata*

1 Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19? ☐ **SI** ☐ **NO** ☐ **NON SO**

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?

3 Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? ☐ **SI** ☐ **NO** ☐ **NON SO**

4 Test COVID-19:

☐ **Nessun test** COVID-19 recente

☐ Test COVID-19 **negativo** in data: ____ / ____ / ____

☐ Test COVID-19 **positivo** in data: ____ / ____ / ____

☐ **In attesa** di test COVID-19 in data: ____ / ____ / ____

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute

Firma utente _____

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

Firma medico _____

**Nome e Cognome** _____**Data di nascita** _____**Luogo di nascita** _____**Indirizzo residenza** _____**Telefono** _____**Codice fiscale** _____

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome _____**Codice Fiscale** _____Applica qui
l'etichetta
adesiva

- ☒ Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa, di cui ricevo copia.
- ☒ Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica.
- ☒ In presenza di due Professionisti Sanitari addetti 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 con la seconda dose.
- ☒ Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà 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.
- ☐ Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino **"Pfizer-BioNTech COVID-19"**
- ☐ Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino **"COVID-19 Vaccine Moderna"**

Data ____ / ____ / ____**Firma utente** _____
(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)**Luogo** _____**Personale Sanitario che ha effettuato la vaccinazione****Nome e Cognome** _____ **Ruolo** _____

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma _____

Consenso