



Modulo 2

CONSENSO INFORMATO ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE (Da consegnare compilato il giorno della vaccinazione)

Io sottoscritto/a _____

nato il _____ CODICE FISCALE _____

dichiaro:

- di aver riferito correttamente le informazioni sul mio attuale stato di salute/sullo stato attuale di salute di mio figlio/a o della persona che rappresento legalmente;
- di avere avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente a:

informazioni sul vaccino antinfluenzale stagionale 2020-2021

indicare il nome commerciale vaccino somministrato:

VAXIGRIP TETRA-SANOFY

- benefici e potenziali rischi della vaccinazione;
- necessità di trattenermi in ambulatorio per il tempo indicato dagli operatori dopo la
- vaccinazione;
- necessità di comunicare eventuali reazioni avverse al medico curante;

**PERTANTO, ESPRIMO CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE
SOPRA INDICATA**

<i>(firma leggibile dell'interessato/a o del rappresentante legale del/la minore o della persona incapace)</i>	<i>(firma dell'operatore sanitario)</i>

DATA _____