CONSENSO INFORMATO PER LA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

Il sottoscritto/a_____ Sesso □ M □ F
Nato/a _____ Il ____/_____/_____

Residente a _____ in via _____

Codice Fiscale_____ Cellulare_____

Operatore sanitario: □ NO □ Sì: Unità operativa_____

DICHIARA

- Di NON AVER manifestato reazioni avverse importanti e/o di NON AVER sviluppato condizioni cliniche/patologiche incompatibili con la vaccinazione;
- DI AVER mani manifestato reazioni avverse importanti e/o di AVER sviluppato condizioni cliniche/patologiche incompatibili con la vaccinazione tipo:

  _____

DICHIARA INOLTRE

- Di essere informato dal medico vaccinatore sui benefici, rischi ed eventuali effetti collaterali legati alla vaccinazione;
- Di essere a conoscenza che i dati forniti verranno trattati per scopi di diagnosi, cura, prevenzione e prestazioni connesse ai sensi dell'art. 13 del Dlgs 30/06/2003 n.196

ESPRIME il

□ **consenso alla vaccinazione** □ **dissenso alla vaccinazione**

Bari, lì_____

Firma del vaccinando_____

Firma dell'operatore sanitario_____

Sito di iniezione	n. lotto e scadenza	Data e ora di somministrazione	Luogo di somministrazione	Firma operatore sanitario