

Somministrazione delle dosi (seconda e booster) successive alla prima per il minore in fascia di età 5-18 anni	
DATI DEL VACCINANDO	
Cognome e Nome * :	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Telefono *:	E-mail *:
N. Tessera Sanitaria (se disponibile) *:	Codice Fiscale *:
Scuola frequentata:	
DATI DEL GENITORE/SOGGETTO ESERCENTE RESPONSABILITA' GENITORIALE	
Cognome e Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Telefono:	E-mail:
<input type="checkbox"/> Dichiara di essere consapevole che la manifestazione di consenso informato e relativa modulistica sottoscritta in occasione della somministrazione della prima dose del vaccino anti SARS-CoV-2/COVID19 " _____ ", avvenuta in data _____ è valida per tutto il ciclo vaccinale;	
<input type="checkbox"/> Dichiara di essere consapevole che in occasione della somministrazione della dose n. <u>3^a</u> resta necessaria una verifica da parte del personale sanitario preposto alla vaccinazione in merito ad eventuali modificazioni dello stato di salute e/o di patologie intercorse successivamente all'inoculazione della prima dose;	
<input type="checkbox"/> ACCETTO di sottoporre il suddetto minore alla somministrazione della dose n. <u>3^a</u> del vaccino anti SARS-CoV-2/COVID19 " _____ "	<input type="checkbox"/> NON ACCETTO di sottoporre il suddetto minore alla somministrazione della dose n. _____ del vaccino anti SARS-CoV-2/COVID19 " _____ "
<input type="checkbox"/> DICHIARO che, ad oggi, <u>NON CI SONO</u> state modificazioni dello stato di salute del minore rispetto a quanto da me dichiarato in occasione della somministrazione della prima dose.	<input type="checkbox"/> DICHIARO che, ad oggi, <u>CI SONO</u> state modificazioni dello stato di salute del minore rispetto a quanto da me dichiarato in occasione della somministrazione della prima dose.
<input type="checkbox"/> RIFIUTO di sottoporre il minore alla inoculazione proposta, benché edotto della probabile inefficacia protettiva della somministrazione di una sola dose di vaccino anti SARS-CoV-2/COVID-19 " _____ "	
Luogo e data: <u>SAN DONATO</u>	
Firma del genitore1/del rappresentante legale che accompagna il minore	
Firma del genitore2/del rappresentante legale (se presente)	
<small>Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento (UE), n. 2016/679): I dati personali raccolti ai fini del presente procedimento saranno trattati, con strumenti cartacei e elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che di riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dall' art.15 della medesima norma.</small>	

* Campi obbligatori ai fini della corretta identificazione del soggetto, della registrazione dei dati e della trasmissione dei dati alle piattaforme nazionali anche ai fini del rilascio della certificazione verde Covid-19 (Green Pass).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' ¹ (Art. 47 del DPR 18.12.2000, n. 445)	
IL/LA SOTTOSCRITTO/A	
Cognome:	Nome:
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Telefono:	E-mail:
Codice Fiscale:	
Documento di riconoscimento (tipo e numero):	
<i>Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (in particolare art. 76 DPR n. 445/2000)</i>	
DICHIARA	
<input type="checkbox"/> di essere il Genitore del minore:	
Cognome:	Nome:
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Codice Fiscale:	
<input type="checkbox"/> di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli minori di età (allegato F "Estratto normativo")	
<input type="checkbox"/> di avere il seguente stato civile: <input type="checkbox"/> coniugato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> separato/a <input type="checkbox"/> divorziato/a <input type="checkbox"/> celibe/nubile	
<i>In situazione di:</i> <input type="checkbox"/> affidamento congiunto <input type="checkbox"/> genitore affidatario <input type="checkbox"/> genitore non affidatario	
<input type="checkbox"/> che l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per: <input type="checkbox"/> impedimento <input type="checkbox"/> lontananza	
<input type="checkbox"/> che, ai fini della applicazione della normativa in materia di esercizio della responsabilità genitoriale a seguito di separazione, scioglimento, cessazione degli effetti civili, annullamento, nullità del matrimonio limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, l'Autorità Giudiziaria competente ha stabilito che il/la sottoscritto/a esercita la potestà separatamente.	
Luogo e data: SAN DONATO	Firma del genitore dichiarante:
<small>Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento (UE), n. 2016/679): i dati personali raccolti ai fini del presente procedimento saranno trattati, con strumenti cartacei e elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dall' art.15 della medesima norma.</small>	

¹ Modulo da presentare al professionista sanitario dell'equipe vaccinale unitamente al documento di identità del/dei dichiarante/i.

ANAMNESI COVID-CORRELATA	SI	NO	NON SO
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da SARS-CoV-2 o affetta da COVID-19?			
<i>Manifesta uno dei seguenti sintomi?</i>			
Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali			
Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto			
Dolore addominale/diarrea			
Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
<i>Ha effettuato un Test COVID-19?</i>			
Nessun Test COVID-19 recente			
In attesa di test COVID-19 (Data:)			
Test COVID-19 Negativo (Data:)			
Test COVID-19 Positivo (Data:)			

Nel caso di minori:

(GENITORE 1/SOGGETTO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE/LEGALE) Cognome e Nome:	
Codice Fiscale:	Data e Luogo di nascita:
Telefono:	E-mail:
(GENITORE 2) Cognome e Nome:	
Codice Fiscale:	Data e Luogo di nascita:
Telefono:	E-mail:

Data e luogo: SAN DONATO
Firma del vaccinando/genitore1/rappresentante legale: <i>[firma]</i>
Firma della vaccinando/genitore2/rappresentante legale: <i>[firma]</i>

Dettagli operativi della vaccinazione anti Covid-19
(a cura del professionista sanitario)

Tipo vaccino	Dose			Sede inoculo			Lotto	Scadenza	Sede vaccinale	Data e ora inoculo	Osservazione post vaccino			Firma del sanitario	
	1	2	3	Deltoidale DX	Deltoidale SX	Altro sito					15 minuti	30 minuti	60 minuti		
Comirnaty (Pfizer-Biontech)															
Spikevax (Moderna)															
Vaxzevria (AstraZeneca)															
Janssen (J&J)															
Altro vaccino, specificare _____															