

DATI IDENTIFICATIVI DEL VACCINANDO

NOME COGNOME

.....

DATA di NASCITA

.....

LUOGO di NASCITA

.....

RESIDENZA

.....

Telefono

Mail

.....

Tessera sanitaria (se disponibile)

CODICE FISCALE

N.

DATI IDENTIFICATIVI DEI GENITORI O DI ALTRI SOGGETTI TITOLARI DELLA POTESTA' GENITORIALE

1) Genitore/Titolare della potestà genitoriale
(Nome Cognome)

.....

nato a il

Documento di identità n.

Rilasciato da

Il Scadenza

2) Genitore/Titolare della potestà genitoriale
(Nome Cognome)

.....

nato a il

Documento di identità n.

Rilasciato da

Il Scadenza

**di RIFIUTARE la somministrazione del
VACCINO COVID 19 "COMIRNATY" (PFIZER/BIONTECH)**

Data e Luogo _____

Firma del minore _____

Firma del 1°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale

Firma del 2°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

Nome e Cognome (Medico) _____

confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

Firma _____

Nome e Cognome _____

Ruolo _____

confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

Firma _____

La presenza del 2° sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo Medico, al domicilio o in stato di criticità logistico-organizzativa.

N.B.

LA VACCINAZIONE NON POTRA' ESSERE EFFETTUATA IN CASO DI MANCANZA DEI DOCUMENTI SOPRA CITATI