

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 SI: Unità Operativa _____

DICHIARO

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

Dichiaro inoltre di:

- Essere informato dal medico vaccinatore su 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

esprimo il **Consenso alla vaccinazione** **Dissenso alla vaccinazione**

Luogo e data Altamura _____

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
DELTOIDE				