

\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_ (cognome e nome) \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Cod. fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

#### DATI DEL TUTORE

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### DICHIARA

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, dichiara sotto la propria responsabilità di appartenere a una delle seguenti categorie:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Frequenza comunità                  | <input type="checkbox"/> Convivente di soggetto ad alto rischio                  | <input type="checkbox"/> Detenuto                     |
| <input type="checkbox"/> Età > 60                            | <input type="checkbox"/> Forze di Polizia  | <input type="checkbox"/> Vigili del fuoco             |
| <input type="checkbox"/> Donna in gravidanza                 | <input type="checkbox"/> Operatore Sanitario                                     | <input type="checkbox"/> Operatore non Sanitario      |
| <input type="checkbox"/> Anziani Lungodegenza                | <input type="checkbox"/> Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta | <input type="checkbox"/> Età 16-69                    |
| <input type="checkbox"/> Residenza in area a maggior rischio | <input type="checkbox"/> Altra attività lavorativa a rischio                     | <input type="checkbox"/> Donatori di Sangue           |
| <input type="checkbox"/> Operatore Scolastico                | <input type="checkbox"/> Staff strutture di Lungodegenza                         | <input type="checkbox"/> Studente dell'Area Sanitaria |
| <input type="checkbox"/> Volontario del settore della Sanità | <input type="checkbox"/> Soggetto vulnerabile per Patologia                      | <input type="checkbox"/> Altro                        |

Di aver già ricevuto una 1° dose di vaccino nel paese \_\_\_\_\_

della tipologia \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma utente \_\_\_\_\_

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Tutore/Rappresentante legale)

### CONSENSO

- ✓ Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa, di cui ricevo copia.
- ✓ Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica.
- ✓ In presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione ho posto domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- ✓ Sono stato correttamente informato con parole a me chiare, ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose.
- ✓ Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.
- ✓ Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

Accetto ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma utente \_\_\_\_\_

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Tutore/Rappresentante legale)

### ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti del **Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)**, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Gentile Signore/a, Desideriamo informarla che il Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) prevede la tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:  
I dati da Lei forniti verranno trattati per tracciare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19.  
Il trattamento sarà effettuato in modalità informatizzata.  
Il conferimento dei dati è **OBBLIGATORIO** per registrare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19 verso il Sistema Sanitario Nazionale e che l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporterebbe la mancata prosecuzione del rapporto.  
I dati potranno essere/saranno comunicati al Servizio Sanitario Nazionale e al Ministero della Salute. Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare lo stato di salute del soggetto vaccinato. I dati sanitari potranno essere trattati da centri medici specializzati nel valutare l'idoneità alla vaccinazione.  
Il Responsabile del trattamento dei dati personali indicati è INVITALIA, con sede in Via Calabria, 46 - 00187 Roma  
In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma utente \_\_\_\_\_

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Tutore/Rappresentante legale)

# Scheda Anamnestica

\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Cod. fiscale \_\_\_\_\_

## DATI DEL TUTORE

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

- Attualmente è malato?  SI  NO  NON SO

---

- Ha febbre?  SI  NO  NON SO

---

- Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?  
Se sì specificare:  SI  NO  NON SO

---

- Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?  SI  NO  NON SO

---

- Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia  
o altre malattie del sangue?  SI  NO  NON SO

---

- Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario?  
(Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?  SI  NO  NON SO

---

- Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone  
o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?  SI  NO  NON SO

---

- Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici,  
oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?  SI  NO  NON SO

---

- Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?  SI  NO  NON SO

---

- Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?  SI  NO  NON SO

---

- Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo  
alla prima o alla seconda somministrazione?  SI  NO  NON SO

---

- Per le donne: - sta allattando?  SI  NO  NON SO

---

- Sta assumendo farmaci anticoagulanti?  SI  NO  NON SO

---

- Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2  
o affetta da COVID-19?  SI  NO  NON SO

## Manifesta uno dei seguenti sintomi:

- 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?  SI  NO  NON SO

- Nessun test COVID-19 recente
- Test COVID-19 negativo. Data: \_\_\_\_\_
- Test COVID-19 positivo. Data: \_\_\_\_\_
- In attesa di test COVID-19. Data: \_\_\_\_\_

Firma utente \_\_\_\_\_

Firma medico \_\_\_\_\_

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Tutore/Rappresentante legale)

Personale sanitario che ha effettuato la vaccinazione (nome, cognome, firma) \_\_\_\_\_