

DISTRETTO DI _____

DICHIARAZIONE DI DISSENSO INFORMATO/REVOCA

Nome e Cognome del vaccinando _____

Nato/a _____ il __/__/__

In caso di minore (dati identificativi dei genitori)

Padre (Nome e Cognome): _____ nato a _____ il __/__/__

Madre (Nome e Cognome): _____ nato a _____ il __/__/__

In caso di soggetto incapace:

Rappresentante Legale (tutore o altro): _____ nato a _____ il __/__/__

Identificato tramite _____ rilasciato da _____ il __/__/__

Il sottoscritt/_/_ _____ consapevole delle

responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

DICHIARA sotto la propria responsabilità:

di aver ricevuto tramite

- materiale informativo (anche multilingue) specifico sull'argomento che mi è stato preventivamente consegnato e di cui ho compreso il contenuto;
- colloquio con un medico/operatore sanitario:

un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:

- sulla **modalità di effettuazione** della/e vaccinazione/i e la **via di somministrazione** del/i vaccino/i;
- sui **vantaggi**, il **grado di efficacia** della vaccinazione nonché sulle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione;
- sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
- sugli eventuali **effetti collaterali** e probabilità del loro verificarsi, nonché sulle modalità di trattamento;
- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore **colloquio** per poter acquisire ulteriori informazioni;
- sulla possibilità di **revocare** il presente dissenso in qualsiasi momento;

Dissenso - Revoca

di aver acquisito il parere dell'altro genitore assente ed impossibilitato a presenziare nella giornata odierna il quale mi ha dichiarato che, relativamente all'effettuazione delle vaccinazioni,

acconsente

non acconsente

di **esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;

e quindi di:

NON ACCETTARE **REVOCARÈ**

le seguenti vaccinazioni

- Esavalente** _____
- Anti Differite-Tetano** _____
- Anti Differite-Tetano-Pertosse-Poliomielite** _____
- Anti Morbillo-Parotite- Rosolia** _____
- Antimeningococco** _____
- Antipneumococco** _____
- Anti Papilloma Virus** _____
- Altre (comprese le eventuali vaccinazioni singole già incluse in esavalente)** _____
- _____

Firma del vaccinando/del genitore/del legale rappresentante _____

Informativa

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla/i vaccinazione/i non accettata/e dal vaccinando, attraverso COLLOQUIO INFORMATIVO e DOCUMENTAZIONE SPECIFICA ovvero SCHEDA INFORMATIVA MULTILINGUE.

Per la/le vaccinazione/a proposta/e, sono state affrontate le tematiche relative alle rispettive patologie, ai vaccini utilizzati e alle modalità e sede di somministrazione, ai rischi e conseguenze della mancata vaccinazione, alle controindicazioni e ai possibili effetti collaterali.

Ho inoltre preso atto che le informazioni fornite sono state recepite dall'utente.

Timbro e Firma del medico/dell' operatore sanitario

Centro Vaccinale di _____

Data _____