

MODULO DI PRESTAZIONE DEL CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTIFLUENZALE

Il/La sottoscritto/a cognome* nome*
 *(non devono essere forniti se l'assistito è uno Straniero non iscritto al SSN in possesso di tesserino STP)

Sesso M F data nascita codice fiscale / ENI/ STP

luogo nascita

iscritto al SSR: SSR Lazio SSR altra Regione Straniero ENI o STP Altro

residente: nella regione Lazio in altra Regione all'estero

N.B.: se residente in Italia fornire i seguenti dati di residenza:

Via/Piazza

Comune di ROMA tel

DICHIARA

Di avere avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente a:

- a. informazioni contenute nella scheda informativa sintetica sulla vaccinazione antinfluenzale;
- b. benefici e potenziali rischi della vaccinazione antinfluenzale;
- c. non obbligatorietà della vaccinazione antinfluenzale;

PERTANTO, ACCONSENTE/NON ACCONSENTE AD ESSERE SOTTOPOSTO/A ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE.

	DATA	NOME E COGNOME (in stampatello)	FIRMA
ASSISTITO			
OP. SANITARIO			

Dati obbligatori da riportare a cura dell'Operatore sanitario:

Motivo della vaccinazione°:

Luogo della vaccinazione: studio/ambulat. RSA altra strutt. resd./semiresid.

domicilio strutt. osped. per acuzie strutt. osped. post-acuzie centro vaccinale altro

Nome commerciale del vaccino: lotto N.

Il/La sottoscritto/a le cui generalità sono sopra riportate dichiara inoltre:

- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati (art. 13 Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio) ed esprime il proprio consenso.

Firma assistito

Data