# 

**Allegato A - Bis**

VACCINAZIONE ANTI COVID-19

**MODULO CONSENSO DOSE SUCCESSIVA (età 5-18)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Somministrazione delle dosi (seconda e booster) successive alla prima**  **per il minore in fascia di età 5-18 anni** | |
| **DATI DEL VACCINANDO** | |
| **Cognome e Nome \* :** | |
| **Data di nascita:** | **Luogo di nascita:** |
| **Comune di residenza:** | **Indirizzo di residenza:** |
| **Telefono \*:** | **E-mail \*:** |
| **N. Tessera Sanitaria** (se disponibile) \***:** | **Codice Fiscale \*:** |
| **Scuola frequentata:** | |
| **DATI DEL GENITORE/SOGGETTO ESERCENTE RESPONSABILITA’ GENITORIALE** | |
| **Cognome e Nome:** | |
| **Data di nascita:** | **Luogo di nascita:** |
| **Telefono:** | **E-mail:** |
| **Dichiara di essere consapevole** che la manifestazione di consenso informato e relativa modulistica sottoscritta in occasione della somministrazione della prima dose del vaccino anti SARS-CoV-2/COVID19 “ \_ “, avvenuta in data è  valida per tutto il ciclo vaccinale; | |
| **Dichiara di essere consapevole** che in occasione della somministrazione della dose n. resta  necessaria una verifica da parte del personale sanitario preposto alla vaccinazione in merito ad eventuali modificazioni dello stato di salute e/o di patologie intercorse successivamente all'inoculazione della prima dose; | |
| **ACCETTO** di sottoporre il suddetto minore alla somministrazione della dose n. \_ del vaccino  anti SARS-CoV-2/COVID19 “ ” | **NON ACCETTO** di sottoporre il suddetto minore alla somministrazione della dose n. del vaccino  anti SARS-CoV-2/COVID19 “ \_” |
| **DICHIARO** che, ad oggi, NON CI SONO state modificazioni dello stato di salute del minore rispetto a quanto da me dichiarato in occasione della  somministrazione della prima dose. | **DICHIARO** che, ad oggi, CI SONO state modificazioni dello stato di salute del minore rispetto a quanto da me dichiarato in occasione della somministrazione della  prima dose. |
| **RIFIUTO** di sottoporre il minore alla inoculazione proposta, benché edotto della probabile inefficacia protettiva  della somministrazione di una sola dose di vaccino anti SARS-CoV-2/COVID-19 “ ” | |
| **Luogo e data:** | |
| **Firma** del genitore1/del rappresentante legale che accompagna il minore | |
| **Firma** del genitore2/del rappresentante legale (se presente) | |
| ***Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento (UE), n. 2016/679): i*** *dati personali raccolti ai fini del presente procedimento saranno trattati, con strumenti cartacei e elettronici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al*  *sottoscritto tutti i diritti previsti dall’ art.15 della medesima norma.* | |

\* Campi obbligatori ai fini della corretta identificazione del soggetto, della registrazione dei dati e della trasmissione dei dati alle piattaforme nazionali anche ai fini del rilascio della certificazione verde Covid-19 (Green Pass).

# 

Allegato E

VACCINAZIONE ANTI COVID-19

**MODULO DICHIARAZIONE GENITORE**

|  |  |
| --- | --- |
| **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’ 1**  (Art. 47 del DPR 18.12.2000, n. 445) | |
| *IL/LA SOTTOSCRITTO/A* | |
| **Cognome:** | **Nome:** |
| **Data di nascita:** | **Luogo di nascita:** |
| **Comune di residenza:** | **Indirizzo di residenza:** |
| **Telefono:** | **E-mail:** |
| **Codice Fiscale:** | |
| **Documento di riconoscimento (tipo e numero):** | |
| *Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in*  *materia (in particolare art. 76 DPR n. 445/2000)* | |
| **DICHIARA** | |
| di essere il **Genitore del minore**: | |
| **Cognome:** | **Nome:** |
| **Data di nascita:** | **Luogo di nascita:** |
| **Comune di residenza:** | **Indirizzo di residenza:** |
| **Codice Fiscale:** | |
| di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l’espressione del consenso per i figli minori di età (allegato F “Estratto normativo”) | |
| di avere il seguente stato civile: coniugato/a vedovo/a separato/a divorziato/a celibe/nubile | |
| ***In situazione di:*** affidamento congiunto genitore affidatario genitore non affidatario | |
| che l’altro genitore non può firmare il consenso perché assente per: impedimento lontananza | |
| che, ai fini della applicazione della normativa in materia di esercizio della responsabilità genitoriale a seguito di separazione, scioglimento, cessazione degli effetti civili, annullamento, nullità del matrimonio limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, l’Autorità Giudiziaria competente ha  stabilito che **il/la sottoscritto/a esercita la potestà separatamente.** | |
| **Luogo e data:** | **Firma del genitore dichiarante:** |
| ***Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento (UE), n. 2016/679): i*** *dati personali raccolti ai fini del presente*  *procedimento saranno trattati, con strumenti cartacei e elettronici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dall’ art.15 della medesima norma.* | |

1 *Modulo da presentare al professionista sanitario dell’equipe vaccinale unitamente al documento di identità del/dei dichiarante/i.*

[**www.regione.puglia.it**](http://www.regione.puglia.it/)pag. 1 a 1

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE**