

io sottoscritto/a

.....  
Codice Fiscale

Età Anni .....

Esente

no

si .....

dichiaro:

di aver riferito correttamente le informazioni sul mio attuale stato di salute/sullo stato attuale di salute di mio figlio/a o della persona che rappresento legalmente;

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

informazioni sul vaccino antinfluenzale stagionale 2013-2014 ( \_\_\_\_\_ );

benefici e potenziali rischi della vaccinazione;

necessità di trattenermi in ambulatorio per almeno 30 minuti, dopo la vaccinazione;

necessità di comunicare eventuali reazioni avverse al medico curante;

**PERTANTO**

**ESPRIMO CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA.  
VACCINAZIONE SOPRA INDICATA**

*firma leggibile dell'interessato/a o del rappresentante legale del/la  
minore o della persona incapace*

.....

*firma dell'operatore sanitario*

.....

Data .....

io sottoscritto/a

.....  
Codice Fiscale

Età Anni .....

Esente

no

si .....

dichiaro:

di aver riferito correttamente le informazioni sul mio attuale stato di salute/sullo stato attuale di salute di mio figlio/a o della persona che rappresento legalmente;

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

informazioni sul vaccino antinfluenzale stagionale 2013-2014 ( \_\_\_\_\_ );

benefici e potenziali rischi della vaccinazione;

necessità di trattenermi in ambulatorio per almeno 30 minuti, dopo la vaccinazione;

necessità di comunicare eventuali reazioni avverse al medico curante;

**PERTANTO**

**ESPRIMO CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA.  
VACCINAZIONE SOPRA INDICATA**

*firma leggibile dell'interessato/a o del rappresentante legale del/la  
minore o della persona incapace*

.....

*firma dell'operatore sanitario*

.....

Data .....