

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Lecco



Medicina di Gruppo Cairo Fiorentino Gottifredi Le Rose Lukacova

il sottoscritto/a

.....

Data di nascita:/...../.....

Esente

per età

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 2020-2021
- ◆ benefici e potenziali rischi della vaccinazione;
- ◆ necessità di trattenermi in ambulatorio per almeno 15 minuti, dopo la vaccinazione;
- ◆ necessità di comunicare eventuali reazioni avverse al medico curante;

- il sottoscritto inoltre dichiara:

- ◆ di non avere la temperatura corporea superiore a 37,5 in data odierna
- ◆ di non aver avuto contatto con persone positive al Covid-19 negli ultimi 10 giorni

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*

Medico Titolare

- Dr.ssa Daniela Cairo
- Dr. Bruno Ugo Fiorentino
- Dr. Stefano Gottifredi
- Dr. Alessandro Le Rose
- Dr.ssa Ingrid Lukacova

Data vaccinazione: