



Regione Umbria

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(art. 47 DPR 18.12.2000, n. 445)
VACCINAZIONE SOGGETTI CON ETÀ INFERIORE A 18 ANNI

Nome e Cognome del vaccinando

_____ Codice Fiscale _____

Dati identificativi dei genitori o del Rappresentante Legale

Padre (Nome e Cognome) _____

nato/a a..... il con residenza nel Comune

di..... in via..... n

Carta Identità n° C.F.

Madre (Nome e Cognome) _____

nato/a a..... il con residenza nel Comune

di..... in via..... n

Carta Identità n° C.F.

Rappresentante Legale – Tutore (Nome e Cognome) _____

nato/a a..... il con residenza nel Comune

di..... in via..... n

Carta Identità n° C.F.

___ I ___ 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 DPR 445/2000 e s.m.i. nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità

D I C H I A R O sotto la propria responsabilità

di essere genitore del minore _____

nato/a a..... il

di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli minorenni di età (norme del Codice Civile).

che, ai fini dell'applicazione dell'art. 316 (responsabilità genitoriale) e 317 (impedimento di uno dei genitori) del Codice Civile, l'altro genitore **NON** può firmare il consenso perché assente per:

lontananza

altro

impedimento

(specificare).....



Regione Umbria

di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna,

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

di aver ricevuto il materiale informativo specifico al vaccino Covid-19, che è stato preventivamente reso disponibile e di cui ho compreso il contenuto,

di aver avuto il colloquio con un medico operatore sanitario, che mi ha fornito un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:

- sulla modalità di effettuazione della/e vaccinazione/i e la via di somministrazione del,
- sui vantaggi, il grado di efficacia e gli effetti collaterali della vaccinazione nonché delle possibili conseguenze sanitarie derivanti dalla mancata vaccinazione;
- sulle condizioni morbose che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
- sugli eventuali effetti collaterali della/e vaccinazione/i e probabilità del loro verificarsi, nonché delle possibilità e modalità di loro trattamento;
- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore colloquio per poter acquisire ulteriori informazioni;
- sulla possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento, con conseguente mancata o ridotta (se trattasi di ciclo vaccinale a più dosi non completato) protezione nei confronti della/e malattia/e per cui si vaccina;
- di essere stato/a invitata/o a trattenere il minore vaccinato presso l'Ambulatorio per i quindici minuti successivi alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini;
- di aver riferito corrette informazioni sullo stato di salute del vaccinando.

Di **ACCETTARE** la seguente vaccinazione proposta

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data:

(dichiarazione presentata al medico unitamente a documento di identità del dichiarante)

Firma dei genitori/del legale rappresentante

