



CENTRO VACCINALE DI TAURIANOVA

Vaccinazione anti-Covid 19

**E**ESERCITO TEAM MOBILE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono mobile \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Dati del tutore/ rappresentante legale:**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**I DOSE**

	TIPOLOGIA	LOTTO	DATA	BRACCIO	
	PFIZER			DX	SX
	MODERNA			DX	SX
	ASTRAZENECA			DX	SX
	JANSSEN			DX	SX

**II DOSE**

	TIPOLOGIA	LOTTO	DATA	BRACCIO	
	PFIZER			DX	SX
	MODERNA			DX	SX
	ASTRAZENECA			DX	SX
	JANSSEN			DX	SX

**III DOSE**

	TIPOLOGIA	LOTTO	DATA	BRACCIO	
	PFIZER			DX	SX
	MODERNA			DX	SX
	ASTRAZENECA			DX	SX
	JANSSEN			DX	SX



**REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (DGPR)**

Gentile Signore/a,

Desideriamo informarLa che il Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR) prevede la tutela delle persone delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR), pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

- 1) I dati da Lei forniti verranno trattati per tracciare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19.
- 2) Il trattamento sarà effettuato in modalità informatizzata.
- 3) Il conferimento dei dati è **OBBLIGATORIO** per registrare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19 verso il Sistema Sanitario Nazionale e che l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporterebbe la mancata prosecuzione del rapporto.
- 4) I dati potranno essere/saranno comunicati al Servizio Sanitario Nazionale e al Ministero della Salute. Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare lo stato di salute del soggetto vaccinato.  
I dati sanitari potranno essere trattati da centri medici specializzati nel valutare l'idoneità alla vaccinazione.
- 5) Il Responsabile del trattamento dei dati personali indicati è INVITALIA, con sede in Via Calabria, 46 - 00187 Roma.
- 6) In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR).

Consenso al trattamento dei dati personali 1/1 – Versione 1



**Anamnesi COVID-correlata**

1 Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?  SI  NO  NON SO

---

2 Manifesta uno dei seguenti sintomi:

- Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?
- Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?
- Dolore addominale/diarrea?
- Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?

---

3 Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?  SI  NO  NON SO

---

4 **Test COVID-19**

- Nessun test COVID-19 recente.
- Test COVID-19 negativo in data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  Test COVID-19
- positivo in data \_\_\_\_\_
- In attesa di test COVID-19 in data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute:

---

---

---

---

---

**Modulo di Consenso**

- ✓ Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la nota informativa, di cui ricevo copia.
  - ✓ Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica.
  - ✓ In presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione ho posto domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
  - ✓ Sono stato correttamente informato con parole a me chiare, ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda e/o terza dose.
  - ✓ Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarò mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.
  - ✓ Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verificano reazioni avverse immediate.
- acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19".
- acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "COVID-19 Vaccine Moderna".
- acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "COVID-19 Vaccine AstraZeneca".
- acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "COVID-19 Vaccine Johnson".

**ACCONSENTE**

ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR), con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata alla scheda A.

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, dichiara sotto la propria responsabilità di appartenere a una delle categorie come evidenziato nella scheda B – C – D.

Dichiaro di aver già ricevuto una 1ª dose di vaccino nel paese di \_\_\_\_\_  
della tipologia \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

---

Dichiaro di aver già ricevuto una 2ª dose di vaccino nel paese di \_\_\_\_\_  
della tipologia \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

---

Firma Utente \_\_\_\_\_  
(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo rappresentante legale)

Firma Medico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_