

| <b>Somministrazione delle dosi (seconda e booster) successive alla prima per il minore in fascia di età 5-18 anni</b>   |   |
|---|---|
| <b>DATI DEL VACCINANDO</b>  |   |
| <b>Cognome e Nome * :</b>   |   |
| <b>Data di nascita:</b>   | <b>Luogo di nascita:</b>  |
| <b>Comune di residenza:</b>   | <b>Indirizzo di residenza:</b>  |
| <b>Telefono *:</b>  | <b>E-mail *:</b>  |
| <b>N. Tessera Sanitaria (se disponibile) *:</b>   | <b>Codice Fiscale *:</b>  |
| <b>Scuola frequentata:</b>  |   |
| <b>DATI DEL GENITORE/SOGGETTO ESERCENTE RESPONSABILITA' GENITORIALE</b>   |   |
| <b>Cognome e Nome:</b>  |   |
| <b>Data di nascita:</b>   | <b>Luogo di nascita:</b>  |
| <b>Telefono:</b>  | <b>E-mail:</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Dichiara di essere consapevole</b> 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;  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Dichiara di essere consapevole</b> 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;  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>ACCETTO</b> di sottoporre il suddetto minore alla somministrazione della dose n. _____ del vaccino anti SARS-CoV-2/COVID19 " _____ "  | <input type="checkbox"/> <b>NON ACCETTO</b> di sottoporre il suddetto minore alla somministrazione della dose n. _____ del vaccino anti SARS-CoV-2/COVID19 " _____ "  |
| <input type="checkbox"/> <b>DICHIARO</b> che, ad oggi, <b>NON CI SONO</b> state modificazioni dello stato di salute del minore rispetto a quanto da me dichiarato in occasione della somministrazione della prima dose.   | <input type="checkbox"/> <b>DICHIARO</b> che, ad oggi, <b>CI SONO</b> state modificazioni dello stato di salute del minore rispetto a quanto da me dichiarato in occasione della somministrazione della prima dose. |
| <input type="checkbox"/> <b>RIFIUTO</b> 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 " _____ "  |   |
| <b>Luogo e data:</b>  |   |
| <b>Firma del genitore1/del rappresentante legale che accompagna il minore</b>   |   |
| <b>Firma del genitore2/del rappresentante legale (se presente)</b>  |   |
| <small><b>Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento (UE), n. 2016/679):</b> 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.</small> |   |

\* 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).

| <b>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' <sup>1</sup></b><br>(Art. 47 del DPR 18.12.2000, n. 445)   |  |
|---|--|
| <i>IL/LA SOTTOSCRITTO/A</i>   |  |
| <b>Cognome:</b>   | <b>Nome:</b>                           |
| <b>Data di nascita:</b>   | <b>Luogo di nascita:</b>               |
| <b>Comune di residenza:</b>   | <b>Indirizzo di residenza:</b>         |
| <b>Telefono:</b>  | <b>E-mail:</b>                         |
| <b>Codice Fiscale:</b>  |  |
| <b>Documento di riconoscimento (tipo e numero):</b>   |  |
| <i>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)</i>   |  |
| <b>DICHIARA</b>   |  |
| <input type="checkbox"/> di essere il <b>Genitore del minore:</b>   |  |
| <b>Cognome:</b>   | <b>Nome:</b>                           |
| <b>Data di nascita:</b>   | <b>Luogo di nascita:</b>               |
| <b>Comune di residenza:</b>   | <b>Indirizzo di residenza:</b>         |
| <b>Codice Fiscale:</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli minori di età (allegato F "Estratto normativo")   |  |
| <input type="checkbox"/> di avere il seguente stato civile: <input type="checkbox"/> coniugato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> separato/a <input type="checkbox"/> divorziato/a <input type="checkbox"/> celibe/nubile   |  |
| <b>In situazione di:</b> <input type="checkbox"/> affidamento congiunto <input type="checkbox"/> genitore affidatario <input type="checkbox"/> genitore non affidatario   |  |
| <input type="checkbox"/> che l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per: <input type="checkbox"/> impedimento <input type="checkbox"/> lontananza  |  |
| <input type="checkbox"/> 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 <b>il/la sottoscritto/a esercita la potestà separatamente.</b> |  |
| <b>Luogo e data:</b>  | <b>Firma del genitore dichiarante:</b> |
| <i>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.</i>                  |  |

<sup>1</sup> Modulo da presentare al professionista sanitario dell'equipe vaccinale unitamente al documento di identità del/dei dichiarante/i.