

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

In caso di soggetto incapace:

Rappresentante legale (tutore o altro)nato a.....il.....
identificato tramite..... rilasciato da.....il.....

..l. 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 D.P.R. 445/2000 e s.m.i., nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità

DICHIARA sotto la propria responsabilità

di aver ricevuto materiale informativo specifico sull'argomento e di cui ho compreso il contenuto;
di essere a conoscenza che in caso di danni permanenti da vaccinazione è possibile fare richiesta di risarcimento (legge 210/1992);

di essere stato invitato/a a trattenere il minore vaccinato/trattenermi presso l'ambulatorio per **i venti minuti** successivi alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini

di avere riferito corrette informazioni sul mio stato di salute/sullo stato di salute del vaccinando, quindi di :

ACCETTARE liberamente ed in piena coscienza le vaccinazioni proposte

Firma

Data, ___/___/___

Applicare il tagliando del vaccino oppure tenere registrato su scheda apposita i il lotto dei vaccini somministrati nella seduta vaccinale.

Data,

Timbro e Firma del Medico