

**Al dirigente scolastico**

**Oggetto: Piano Strategico Vaccinazione anti Covid-19 – Avvio campagna di somministrazione per la popolazione pediatrica (5-11 anni) – Comunicazioni**

In ossequio alle recenti disposizioni del Ministero della Salute del 07/12/2021, visto il parere del CTS del 01/12/2021 in tema di vaccinazione anti covid 19 in età pediatrica, si comunica che, a partire dal 16 dicembre saranno avviate le vaccinazioni degli alunni da 5 a 11 anni, nati dal 01/01/2011 al 31/12/2016. Per consentire la pianificazione dell'attività da parte di questo ufficio scrivente, è necessario che la scuola acquisisca le adesioni da parte dei genitori degli alunni e comunichi, nel rispetto della privacy, al più presto e non oltre il 14 dicembre p.v., il numero degli interessati alla vaccinazione. Successivamente verranno comunicate le procedure di accesso nei punti vaccinali individuati. In allegato alla presente si invia la modulistica relativa al consenso informato e delega che dovrà essere consegnata direttamente al personale sanitario, al momento della vaccinazione del bambino.

Si confida nella Vs. preziosa collaborazione.

Distinti saluti

SERVIZIO DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA  
| SISP AREA NORD |

**IL COORDINATORE SERVIZI MEDICI SISP AREA NORD**  
**Dott. GIORGIO DI LEONE**

**IL REFERENTE SISP AREA NORD**  
**Dott. ONOFRIO PAGONE**

(firma autografa sostituita da indicazione  
a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2,  
D.L. n. 39/93)

**MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTI-COVID-19  
PER MINORI DI ANNI 18**

**DATI IDENTIFICATIVI DEL VACCINANDO**

Cognome Nome.....

Data di nascita.....Luogo di nascita.....

Residenza.....

Telefono.....Mail.....

Numero tessera sanitaria (se disponibile).....

Codice fiscale.....

**DATI IDENTIFICATIVI DEI GENITORI O DI ALTRI SOGGETTI TITOLARI DELLA POTESTÀ  
GENITORIALE**

**1) Genitore/Titolare della potestà genitoriale**

Cognome Nome.....

nato a.....il.....

Documento di identità n.....

Rilasciato da.....il.....

Scadenza.....

**2) Genitore/Titolare della potestà genitoriale**

Cognome Nome.....

nato a.....il.....

Documento di identità n.....

Rilasciato da.....il.....

Scadenza.....

Il sottoscritt / \_\_\_\_\_  
consapevole/i 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/DICHLARANO  
sotto la propria responsabilità:

- di aver letto, di aver ricevuto illustrazioni in una lingua nota e di aver del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino;
  - di aver riferito al Medico le patologie del minore, attuali e/o progressive, e le terapie in corso di esecuzione;
  - di aver avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del minore ottenendo risposte esaurienti e da me/noi comprese;
  - di essere stato adeguatamente informato con parole a me/noi chiare;
  - di aver compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione del minore, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose, se prevista;
  - di essere consapevole/i che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà responsabilità del genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale informare immediatamente il Medico curante del minore e seguirne le indicazioni;
  - di accettare di rimanere con il minore nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate;
- o di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, mediante delega scritta corredata da copia di documento di identità (in allegato);
  - o di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente;

SPAZIO RISERVATO AD EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL TRIBUNALE DEI MINORI  
RELATIVAMENTE ALLA POTESTÀ GENITORIALE

Provvedimento del Tribunale dei Minori di \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

di ACCONSENIRE ED AUTORIZZARE la somministrazione del VACCINO COVID 19 \_\_\_\_\_

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma del minore \_\_\_\_\_

Firma del 1° genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale \_\_\_\_\_

Firma del 2° genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

di RIFIUTARE la somministrazione del VACCINO COVID 19 \_\_\_\_\_

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma del minore \_\_\_\_\_

Firma del 1° genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale \_\_\_\_\_

Firma del 2° genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

**Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale**

Cognome e Nome (Medico) \_\_\_\_\_

confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

Firma \_\_\_\_\_

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

confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

Firma \_\_\_\_\_

*La presenza del 2° sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo Medico, al domicilio o in stata di criticità logistico-organizzativa.*

**N.B. LA VACCINAZIONE NON POTRA' ESSERE EFFETTUATA IN CASO DI MANCANZA DEI DOCUMENTI SOPRA CITATI**



REGIONE PUGLIA

Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari

Sede legale: Lungomare Starita, 6 - 70123 BARI

Io sottoscritto/o \_\_\_\_\_  
 Documento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
 Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Rec. telefonico fisso \_\_\_\_\_ Rec. telefonico mobile \_\_\_\_\_  
 Padre/Madre di \_\_\_\_\_  
 nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**DELEGO**

Il/la Sig./ra \_\_\_\_\_  
 Documento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
 Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**AD ACCOMPAGNARE MIA FIGLIA/O**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**PER ESEGUIRE LE SEGUENTI VACCINAZIONI**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

e per la quale/i ho espresso il Consenso.

La persona delegata è in grado di fornire le notizie sullo stato di salute riguardanti mio figlio/a.

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nota per i genitori:

In caso di situazioni cliniche particolari, il medico vaccinatore può contattare telefonicamente il/i genitore/i e/o richiederne la convocazione.