**MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALLA/E VACCINAZIONE/I**

Io sottoscritto/a (*nome e cognome*) nato/a a il Residente a indirizzo Dichiaro che nel corso dell’avvenuto colloquio con

*(nome e cognome del medico)*

In relazione alla/e vaccinazione/i che mi è/sono stata/e proposta/e in data odierna

*(indicare il tipo di vaccinazione)*

# DICHIARO

* di aver ricevuto informazioni sulla/e malattia/e da prevenire, sui rischi del rifiuto alla/e vaccinazione/i, sulle caratteristiche del/i vaccino/i impiegato/i e sui benefici e potenziali rischi della/e vaccinazione/i sopra indicata/e;
* di aver ricevuto informazioni sui motivi che consigliano il trattamento vaccinale proposto e le conseguenze sulla mia salute, in caso di rifiuto;
* di aver avuto la possibilità di fare domande relativamente alle informazioni ricevute e di aver compreso le rispose alle richieste di chiarimento relativamente alla/e malattia/e da prevenire, caratteristiche del vaccino/i impiegato/i, benefici e potenziali rischi e complicanze della/e vaccinazione/i sopra indicata/e;
* di essere stato informato/a che in base all’anamnesi relativa alla mia salute, non ci sono controindicazioni note, ad oggi, nei confronti del/i vaccino/i proposto/i;
* di aver avuto informazioni sulla necessità di trattenermi in ambulatorio per almeno 15 minuti, dopo la/le vaccinazione/i e di dover comunicare eventuali reazioni avverse.

**Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma leggibile dell’interessato

Timbro e Firma del Medico