



Il Piemonte  
**TI VACCINA**

## Autocertificazione della qualità di genitore - esercente la potestà genitoriale - tutore - curatore - amministratore di sostegno (ART. 46 – D. P. R. 28 DICEMBRE 2000 n. 445)

Il /La sottoscritto/a.....

Nato/a a .....il.....

Codice Fiscale.....

Residente a .....Prov.....

Indirizzo.....n° civico.....

Documento di identità..... N°.....

rilasciato da.....in data.....

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) ed informato/a ai sensi del D.Lgs. N° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA DI ESSERE

- Genitore titolare/esercente la potestà genitoriale
- Persona esercente la potestà genitoriale
- Tutore/Curatore di persona interdetta o inabilitata
- Tutore/Curatore di minore
- Amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute

di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**NB!**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 ("GDPR") e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.



## Consenso alla vaccinazione anti Covid-19

Il/la sottoscritto/a Cognome.....Nome.....

### NELLE RISPETTIVE QUALITA' DI

Genitore/i o

Tutore/Legale rappresentante di:

Cognome.....

Nome.....

nato/a

a.....il.....

Tessera sanitaria (se disponibile).....

### DICHIARA DI

- aver acquisito l'assenso dell'altro genitore il quale, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, è stato informato dell'esecuzione della procedura vaccinale
- esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente
  - aver letto e del tutto compreso (o di avere ricevuto una spiegazione in una lingua conosciuta) la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) relativa al vaccino.....
  - aver riferito al Medico corrette informazioni sullo stato di salute del minore da vaccinare, con particolare riferimento **alle patologie (attuali e/o pregresse) e le terapie in corso**
  - di avere avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del minore da vaccinare, ottenendo risposte esaurienti e comprese pienamente
  - essere stato correttamente informato con parole chiare, di aver compreso i benefici e 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 dose, se prevista
  - essere consapevole che, qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale, sarà sua responsabilità informare immediatamente il proprio Medico curante e di seguirne le indicazioni



Il Piemonte  
**TI VACCINA**

- essere stato invitata/o a trattenere il minore vaccinato nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

0012469-28/03/2021-DGPRES-DGPRES-P - Allegato Utente 1 (A01)

Acconsento e autorizzo la somministrazione del vaccino .....

Data e Luogo.....

Firma del genitore o di chi esercita la patria potestà

---

Rifiuto la somministrazione del vaccino .....

Data e Luogo

Firma del genitore o di chi esercita la patria potestà

---

## A cura dei Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale

1. Nome e Cognome del medico.....  
Confermo che il genitore / persona che esercita la patria potestà sul vaccinando ha espresso il consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma del medico.....

2. Nome e cognome (Medico o altro professionista sanitario).....  
nel ruolo di .....  
Confermo che il genitore / persona che esercita la patria potestà sul vaccinando ha espresso il consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma.....

**NB!**

**La presenza del secondo Professionista Sanitario non è indispensabile in caso di vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un Singolo Medico, al domicilio della Persona vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.**