



**LICEO SCIENTIFICO STATALE
"B. CROCE"**

Via Benfratelli, 4 - 90134 Palermo - C.F. 80017140825
Tel. 091/6512082 - 091/6512200
e-mail: paps100008@istruzione.it - paps100008@pec.istruzione.it
Sito web: www.liceocroce.edu.it

**Circ. n. 155
del 11/11/2022
da Prof.ssa Salerno**

Agli alunni e ai genitori

Oggetto: Vaccinazioni

Il nostro istituto sta avviando in collaborazione con ASP 6 di Palermo e l'Università di Palermo una campagna di vaccinazione per le principali malattie infettive. Tutti coloro i quali volessero avvalersi del servizio devono inviare il consenso informato, allegato alla presente circolare, compilato in ogni sua parte e firmato, indicando anche quale vaccinazione vogliono somministrata, entro e non oltre il 25 Novembre 2022 a: sebastiana.salerno@liceocroce.it
In relazione al numero delle adesioni sarà possibile organizzare le sedute nei tre plessi.

**LA DIRIGENTE SCOLASTICA
(Simonetta Calafiore)**
Firma autografa omessa
ai sensi dell'art.3 del D. Lgs. N. 39/9

Le informazioni contenute nella presente comunicazione e i relativi allegati possono essere riservate e sono, comunque, destinate esclusivamente alle persone o alla Società sopra indicati. La diffusione distribuzione e/o copiatura del documento trasmesso da parte di qualsiasi soggetto diverso dal destinatario è proibita, sia ai sensi dell'art.616 c.p. che ai sensi del D.lgs n.196/2003 e regolamento UE 679/2016

Sede Centrale – Via Benfratelli,4 – tel.0916512200 – Succursale Via Corazza 41, tel.0916173725 -Succursale Via Imera 146 – tel.091590273 – e-mail: paps100008@istruzione.it – pec: paps100008@pec.istruzione.it – Codice meccanografico PAPS100008 – C.F. 80017140825



Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. L.: 05841760829 - www.asppalermo.org

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
U.O.C. Sanità Pubblica,
Epidemiologia e Medicina Preventiva

CONSENSO INFORMATO ALLA VACCINAZIONE maggioresni e minoresni

ETICHETTA VACCINI

Nome e Cognome _____
Nato a _____ il ___ / ___ / ___

In caso di minore indicare i dati identificativi dei genitori :

Genitore 1 (Nome e Cognome) : _____
Nato a _____ il ___ / ___ / ___

Genitore 2 (Nome e Cognome) : _____
Nato a _____ il ___ / ___ / ___

In caso di soggetto incapace indicare i dati identificativi del Rappresentante Legale (tutore o altro) :

_____ nato a _____ il ___ / ___ / ___
identificato tramite _____ rilasciato da _____

 1 sottoscritt _____ consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione ad uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., nonchè in caso di esibizione di atti contententi dati non più corrispondenti a verità,

DICHIARA sotto la propria responsabilità :

di aver ricevuto :

- colloquio con un medico / operatore sanitario circa la vaccinazione che è stata effettuata

un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente :

- sulla **modalità di effettuazione** della/e vaccinazione/i e la **via di somministrazione** del/i vaccino/i ;

- sui **vantaggi, il grado di efficacia** della vaccinazione nonchè sulle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione ;

- sulla **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione ;

- sugli eventuali effetti collaterali e probabilità del loro verificarsi, nonché sulle modalità di trattamento ;

di essere stato invitato/a a trattenere il minore vaccinato/trattenermi presso l'Ambulatorio per i 15 minuti successivi alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini ;

di aver riferito corrette informazioni sullo stato di salute / sullo stato di salute del vaccinando ;

di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore il quale, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, è stato da me personalmente informato della necessità di esecuzione della procedura vaccinale ;

di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente ;

e quindi di **ACCETTARE le seguenti vaccinazioni**

- Anti difto-tetano-pertosse-poliomielite-haemophilusB-epatiteB (esavalente)**
- Anti Pneumococco**
- Anti – tetanica**
- Anti- epatite B**
- Anti- epatite A**
- Anti difto-tetanica**
- Anti difto-tetanica-pertosse**
- Anti difto-tetanica-pertosse - poliomielite**
- Anti Morbillo – Parotite – Rosolia**
- Anti Meningococco _____**
- Anti Papilloma virus**
- Anti _____**
- Anti _____**
- Anti _____**

Dichiaro, infine, di aver ricevuto e compreso l'informativa per il trattamento dei dati personali, ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 « Codice in materia di protezione dei dati personali » e del GDPR 2016/679 (Regolamento UE 2016/679) ed autorizzo l'ASP di Palermo al trattamento dei dati personali rilasciati con la presente in ambito sanitario, in particolare a fini di prevenzione, nonché a fini amministrativi-contabili e fiscali.

Firma del vaccinando/Genitore 1/del legale rappresentate _____

Firma del Genitore 2 _____

Firma dell'operatore sanitario AS / Infermiere/ Medico _____

Data e Luogo _____