

**Comunicazione N° 161**

Alle Famiglie degli alunni

Ai coordinatori di classe

**Oggetto: Effettuazione giornata di vaccinazione presso i locali scolastici**

Con Nota 55503, l' Ufficio scolastico provinciale ha comunicato alle Istituzioni Scolastiche la possibilità di svolgere la vaccinazione per la popolazione scolastica, nella fascia d'età 12-15, in giornate prestabilite presso i locali scolastici.

Per attivare la giornata vaccinale è necessario raggiungere un numero minimo di 50 unità.

Coloro che fossero interessati alla somministrazione del vaccino presso la scuola, dovranno compilare la modulistica allegata (con firma di entrambi i genitori e/o tutori legali) e consegnarla entro giorno 11 febbraio ai docenti coordinatori di ciascuna classe.

**Sarà cura del docente coordinatore di classe, consegnare la modulistica raccolta presso gli uffici della segreteria didattica.**

Belpasso, 28/01/2022

F.to\* **Il Dirigente Scolastico**

**Prof.ssa Anna Spampinato**

(\*Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.L.vo n. 39/93)



Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino “ \_\_\_\_\_ ”.

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

Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale

\_\_\_\_\_

Rifiuto la somministrazione del vaccino “ \_\_\_\_\_ ”.

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

Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale

\_\_\_\_\_

*Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale*

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

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma \_\_\_\_\_

2. Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario)

\_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma \_\_\_\_\_

***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.***



Dati personali

\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ (cognome e nome) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_

DATI DEL TUTORE

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

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Applica qui  
l'etichetta  
adesiva**ACCONSENTE**

ai sensi e per gli effetti del **Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR)**, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

**Letto, confermato e sottoscritto**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma utente \_\_\_\_\_

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Luogo \_\_\_\_\_

**REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (GDPR)**

Gentile Signore/a,

Desideriamo informarLa che il Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR) prevede la tutela delle persone delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR), pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

- 1 I dati da Lei forniti verranno trattati per tracciare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19.
- 2 Il trattamento sarà effettuato in modalità informatizzata.
- 3 Il conferimento dei dati è **OBBLIGATORIO** per registrare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19 verso il Sistema Sanitario Nazionale e che l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporterebbe la mancata prosecuzione del rapporto.
- 4 I dati potranno essere/saranno comunicati al Servizio Sanitario Nazionale e al Ministero della Salute.  
Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare lo stato di salute del soggetto vaccinato.  
I dati sanitari potranno essere trattati da centri medici specializzati nel valutare l'idoneità alla vaccinazione.
- 5 Il Responsabile del trattamento dei dati personali indicati è INVITALIA, con sede in Via Calabria, 46 - 00187 Roma
- 6 In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR).

**Autocertificazione**

\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_ (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

## DATI DEL TUTORE

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

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Applica qui  
l'etichetta  
adesiva

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, dichiara sotto la propria responsabilità di appartenere a una delle seguenti categorie:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Frequenza comunità (es.asilo)                           | <input type="checkbox"/> Personale di Laboratorio            |
| <input type="checkbox"/> Convivente di soggetto ad alto rischio                  | <input type="checkbox"/> Residenza in area a maggior rischio |
| <input type="checkbox"/> Detenuto  | <input type="checkbox"/> Altra attività lavorativa a rischio |
| <input type="checkbox"/> Età > 60  | <input type="checkbox"/> Donatori di Sangue                  |
| <input type="checkbox"/> Forze di Polizia  | <input type="checkbox"/> Operatore Scolastico                |
| <input type="checkbox"/> Vigili del Fuoco  | <input type="checkbox"/> Staff strutture di Lungodegenza     |
| <input type="checkbox"/> Donna in gravidanza                                     | <input type="checkbox"/> Studente dell'Area Sanitaria        |
| <input type="checkbox"/> Operatore Sanitario                                     | <input type="checkbox"/> Volontario del settore della Sanità |
| <input type="checkbox"/> Operatori non Sanitari                                  | <input type="checkbox"/> Altro                               |
| <input type="checkbox"/> Anziani Lungodegenza                                    | <input type="checkbox"/> Soggetto vulnerabile per Patologia  |
| <input type="checkbox"/> Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta | <input type="checkbox"/> Nessuna indicazione                 |

Dichiaro di aver già ricevuto una 1° dose di vaccino nel Paese/Regione/Provincia \_\_\_\_\_  
della tipologia \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver già ricevuto una 2° dose di vaccino nel Paese/Regione/Provincia \_\_\_\_\_  
della tipologia \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma utente \_\_\_\_\_

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)





Anamnestico

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

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

## DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

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

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Applica qui  
l'etichetta  
adesiva

**Anamnesi**Da compilare a cura del *Vaccinando* e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione.

- |                      |  |                          |    |                          |                          |                          |        |
|----------------------|--|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|
| 1                    | Attualmente è malato?  | <input type="checkbox"/> | SI | NO                       | <input type="checkbox"/> | NON SO                   |        |
| 2                    | Ha febbre?   | <input type="checkbox"/> | SI | NO                       | <input type="checkbox"/> | NON SO                   |        |
| 3                    | Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?<br>Se sì, specificare: _____   | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO                       | <input type="checkbox"/> | NON SO |
| 4                    | Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?   | <input type="checkbox"/> | SI | NO                       | <input type="checkbox"/> | NON SO                   |        |
| 5                    | Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?  | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO                       | <input type="checkbox"/> | NON SO |
| 6                    | Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario?<br>(Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?  | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO                       | <input type="checkbox"/> | NON SO |
| 7                    | Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario<br>(esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni? | <input type="checkbox"/> | SI | NO                       | <input type="checkbox"/> | NON SO                   |        |
| 8                    | Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici,<br>oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?                                      | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO                       | <input type="checkbox"/> | NON SO |
| 9                    | Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?  | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO                       | <input type="checkbox"/> | NON SO |
| 10                   | Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?<br>Se sì, quale/i? _____  | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO                       | <input type="checkbox"/> | NON SO |
| <i>Per le donne:</i> |  |                          |    |                          |                          |                          |        |
| 11                   | È incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?   | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO                       | <input type="checkbox"/> | NON SO |
| 12                   | Sta allattando?  | <input type="checkbox"/> | SI | NO                       | <input type="checkbox"/> | NON SO                   |        |

Specifichi di seguito i farmaci, gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

---



---

*Anamnesi COVID-correlata*

1 Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?  SI  NO  NON SO

---

2 Manifesta uno dei seguenti sintomi:

Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?

Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?

Dolore addominale/diarrea?

Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?

---

3 Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?  SI  NO  NON SO

---

4 Test COVID-19:

Nessun test COVID-19 recente

Test COVID-19 **negativo** in data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Test COVID-19 **positivo** in data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ In

attesa di test COVID-19 in data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

---

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute

---

---

Firma utente \_\_\_\_\_

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Firma medico \_\_\_\_\_



# Modulo di Consenso

Mi chiamo \_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_ GF " \_\_\_\_\_

9 \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

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

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Aggredib Efc  
 addecb33333  
 fcbcf

- Sono stato correttamente informato con parole a me chiare, ho compreso i benefici ed 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.
- Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.
- Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.
- Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19"
- Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "COVID-19 Vaccine Moderna"
- Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "COVID-19 Vaccine AstraZeneca"
- \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma utente \_\_\_\_\_

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Luogo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma \_\_\_\_\_



Consenso

**E****Vaccinazione Anti-Covid 19  
Somministrazione Vaccino**

Somministrazione

Applica qui l'etichetta adesiva

<b>VACCINANDO</b>	Nome e Cognome																
<b>DOSE</b>	Prima dose <input type="checkbox"/>	Seconda dose <input type="checkbox"/>	Terza dose <input type="checkbox"/>														
<b>SITO DI INOCULAZIONE</b>	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>01 - deltoide sinistro</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>02 - Deltoide destro</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>03 - Quadricipite della coscia sinistra</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>04 - Quadricipite della coscia destra</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>05 - Gluteo sinistro</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>06 - Gluteo destro</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>07 - Altro</td></tr></table>			<input type="checkbox"/>	01 - deltoide sinistro	<input type="checkbox"/>	02 - Deltoide destro	<input type="checkbox"/>	03 - Quadricipite della coscia sinistra	<input type="checkbox"/>	04 - Quadricipite della coscia destra	<input type="checkbox"/>	05 - Gluteo sinistro	<input type="checkbox"/>	06 - Gluteo destro	<input type="checkbox"/>	07 - Altro
<input type="checkbox"/>	01 - deltoide sinistro																
<input type="checkbox"/>	02 - Deltoide destro																
<input type="checkbox"/>	03 - Quadricipite della coscia sinistra																
<input type="checkbox"/>	04 - Quadricipite della coscia destra																
<input type="checkbox"/>	05 - Gluteo sinistro																
<input type="checkbox"/>	06 - Gluteo destro																
<input type="checkbox"/>	07 - Altro																
<b>LOTTO N°</b>																	
<b>DATA SCADENZA LOTTO</b>																	
<b>DATA E ORA DI SOMMINISTRAZIONE</b>																	
<b>SANITARIO</b>	Nome e Cognome  (* Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.	Firma															
<b>OPERATORE SANITARIO A SUPPORTO</b>	Nome e Cognome	Firma															

## Modulo di consenso

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

RAPPRESENTANTE LEGALE/GENITORE 1

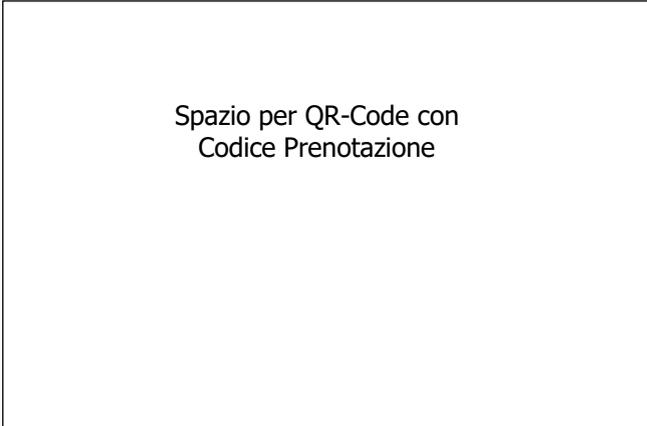
Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

DATI DEL GENITORE 2

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

Codice Fiscale \_\_\_\_\_



- Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) per il vaccino selezionato in basso, di cui ricevo copia.
- Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica, riferendo patologie attuali e/o pregresse e terapie in corso di esecuzione.
- In presenza di un Professionista Sanitario addetto alla vaccinazione ho posto domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- Sono stato correttamente informato con parole a me chiare, ho compreso i benefici ed 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.
- Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarò mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.
- Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.
- Dichiaro di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna o di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente (nel caso di presenza di un unico genitore).

[ \_\_\_\_\_ ] la somministrazione della vaccinazione anti-Covid-19 mediante vaccino [ \_\_\_\_\_ ]

Luogo \_\_\_\_\_ ,

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Firma Rappresentante Legale/Genitore 1**

**Firma Genitore 2**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Professionista Sanitario dell'equipe vaccinale

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

Ruolo \_\_\_\_\_

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo [ \_\_\_\_\_ ] alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma \_\_\_\_\_