



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE di MONTALE

Via Martin Luther King, 8 - 51037 Montale (PT) -

Tel.0573-952400 fax 0573-952300

Codice fiscale :80009510472 - Codice Ministeriale: PTIC81700X

www.istitutocomprensivomontale.edu.it - e-mail: ptic81700x@istruzione.it Pec : ptic81700x@pec.istruzione.it



Circ. n. 66		Montale,	08/02/2022
-------------	--	----------	------------

Al personale
Ai genitori
dell'Istituto Comprensivo

OGGETTO: camper vaccinale 16 febbraio 2022 presso il nuovo Centro aggregativo e polivalente Nerucci

Si comunica che il giorno **16 febbraio dalle ore 12,00 alle ore 16,00** saranno presenti i medici della ASL Toscana centro per effettuare vaccinazioni anti-Covid 19 con le seguenti modalità operative:

1. le vaccinazioni sono rivolte agli studenti di età compresa tra 5 e 11 anni e solo per la prima dose;
2. i minori devono essere accompagnati da almeno un genitore (nessun altro grado di parentela è ammesso), munito di

- Tessera sanitaria e Carta di Identità del minore
- Carta di identità del/i genitore/i presente (nessun altro grado di parentela è ammesso)
- Consenso e scheda anamnesi minori come da modello allegato
- Eventuale delega di un genitore, come da modello allegato
- Eventuale dichiarazione monogenitorialità, come da modello allegato

3. La dose di richiamo a 21 giorni sarà somministrata presso una sede vaccinale del territorio, che sarà comunicata dagli operatori aziendali durante il servizio.

(La presente circolare è pubblicata sul sito della scuola e sul sito del Comune di Montale con gli allegati necessari)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Dott. Mauro GUARDUCCI)

VACCINAZIONE ANTI-COVID19

MODULO DI CONSENSO per minori

Nome e Cognome del vaccinando/a :	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Telefono:	Residenza:

Io sottoscritto/a _____ nato/a a..... il
 residente a indirizzo
 in qualità di **madre** [] rappresentante legale []

Io sottoscritto/a _____ nato/a a..... il
 residente a indirizzo
 in qualità di **padre** [] rappresentante legale []

- 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) del vaccino: "....."
- Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione del vaccinando.
- Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del vaccinando 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 con la seconda dose, se prevista.
- Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il Medico curante e seguirne le indicazioni.
- Accetto di far rimanere il vaccinato 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 del vaccino "....." a

DATA E LUOGO

Firme dei genitori o Rappresentante legale

In caso di assenza di uno dei genitori, in alternativa:

- potrà essere esibita una delega per l'accettazione della vaccinazione del genitore assente
- il genitore presente dichiara e sottoscrive che: il genitore assente
 è stato impossibilitato a presenziare, ma acconsente alla vaccinazione
 firma.....

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

SCHEDA ANAMNESTICA

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione.

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

Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo: _____

ANAMNESI COVID CORRELATA		SI	NO	NON SO
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANIFESTA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI:				
• Tosse/ raffreddore/ febbre/ dispnea o sintomi simil-influenzali?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolore addominale/diarrea?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lividi anormali o sanguinamento/ arrossamento degli occhi?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEST COVID-19:				
• Nessun test COVID-19 recente				
• Test COVID-19 negativo (data _____)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Test COVID-19 positivo (data _____)				
• In attesa di test COVID-19 (data _____)				

Riferisca eventuali patologie eventuali o notizie sul suo stato di salute _____

Data e luogo _____

Firma dei genitori o rappresentante legale _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

lo sottoscritto/a _____ documento _____ N. _____
(nome e cognome del genitore che non può essere presente alla vaccinazione)

rilasciato da _____ in data _____ tel _____

padre/madre di _____ nato/a a _____ il _____
(nome e cognome)

Impossibilitato/a ad essere presente, esprimo il mio consenso alla somministrazione del suddetto vaccino e al trattamento dei dati personali e

DELEGO

Il /la Sig./Sig.ra _____ documento _____ N. _____
(nome e cognome)

rilasciato da _____ in data _____ a rappresentarmi presso l'Ambulatorio vaccinale per la
vaccinazione di NOSTRO/A FIGLIO/A _____ in data _____
(nome e cognome)

Luogo e data _____

Firma del delegante _____

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo:
<https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda>
o scansando il Qr Code a margine.



Si allega alla presente fotocopia del documento d'identità del dichiarante

lo sottoscritto/a _____
documento _____ n. _____ rilasciato da _____ in data _____
tel. _____
padre/madre di _____ nato/a a _____ il _____
nome e cognome _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R.
445 del 28 dicembre 2000

DICHIARO di essere unico genitore _____

Luogo e data _____ Firma del genitore _____

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli
13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo:
<https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda>
o scansando il QR code a margine.

