

## MODULO DI PRESTAZIONE DEL CONSENSO ALLA VACCINAZIONE

Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F.\* \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
Identificato con documento \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Scadenza \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_

e

Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F.\* \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
Identificato con documento \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Scadenza \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_

### NELLE RISPETTIVE QUALITA' DI

#### In caso di minore:

Genitore/i, esercente/i la potestà genitoriale sul minore: \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Ovvero, in caso di soggetto incapace

Rappresentante Legale (tutore o altro) di: \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*(non obbligatorio)

#### DICHIARO / DICHIARIAMO:

1. Di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore (se assente) il/la quale impossibilitato/a a presenziare nella giornata odierna, è stato/a dal/la sottoscritto/a personalmente informato/a della necessità di esecuzione della vaccinazione;
2. di aver riferito correttamente le informazioni sui dati anagrafici e sulle condizioni di salute del/la figlio/a o della persona che legalmente rappresenta
3. di aver ricevuto informazioni sulla/e malattia/e da prevenire, sulle caratteristiche dei/i vaccino/i impiegato/i e sui benefici e potenziali rischi della/e vaccinazione/i e sul numero delle somministrazioni previste dal calendario vaccinale vigente;
4. di avere avuto la possibilità di fare domande e di avere compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente alla/e vaccinazione/i;
5. di aver letto e compreso l'informativa ex art.13 e 14 regolamento 2016/649/UE "Regolamento generale sulla protezione dei dati personali" della ASL ROMA 2;
6. di aver compreso che tutti i dati saranno trattati nel rispetto delle norme di protezione stabilite dal Regolamento sopra citato
7. di aver compreso che l'ASL Roma 2, i cui estremi identificativi sono riportati nell'informativa, è titolare del trattamento dei dati e che è necessario conferire e consentire il trattamento dei dati per poter essere vaccinati;
8. di aver compreso che la ASL ROMA 2 ha provveduto alla nomina di un Responsabile Protezione Dati raggiungibile all'indirizzo email: [dpo@aslroma2.it](mailto:dpo@aslroma2.it)
9. di aver compreso che in questa ASL è attiva un'anagrafe vaccinale informatizzata in cui sono conservati i dati relativi alla somministrazione dei vaccini (Intesa ai sensi dell'art.8, comma6 della Legge 5 giugno 2003 n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento E Bolzano sul documento recante "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019") e i consensi espressi tramite il presente modulo;
10. di aver compreso che è nei confronti della ASL Roma 2 che potranno essere esercitati tutti i diritti di cui agli artt.15 e ss. del Regolamento ivi compreso espressamente **il diritto di revocare/modificare in qualsiasi momento i consensi espressi nel presente modulo;**
11. di aver compreso che il Piano Nazionale Vaccini (cfr.punto 9) invita le ASL a effettuare, per promuovere le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, le così dette "chiamate attive" ovvero inviti personali a sottoporsi alle vaccinazioni;
12. di aver compreso che il trattamento dei dati relativi alle vaccinazioni somministrate è effettuato anche per motivi di interesse pubblico e che detti dati non verranno mai diffusi per nessun'altra finalità;
13. di aver compreso che, gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti effettuato dalla ASL Roma 2 avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento, hanno il diritto di proporre reclamo al <garante per la protezione dei dati personali, come previsto dall'art.77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art.79 del Regolamento).

**STANTE TUTTO QUANTO PRECEDE, IL/LA/I SOTTOSCRITTO/A/I**

**ACCONSENTE**

**NON ACCONSENTE**

Al trattamento dei dati personali propri e del/la minore, inabilitato/a interdetto/a che legalmente rappresenta per la gestione del processo vaccinale;

Esprime il proprio consenso alla effettuazione del ciclo di base e dei successivi richiami per le tutte le vaccinazioni obbligatorie e facoltative - secondo le formulazioni esistenti in commercio- previste dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 e del DL 7 giugno 2017 n.73, come modificato dalla Legge di conversione 31 luglio 2017 n.119 di seguito elencate:

- | SI'                      | NO                       |  |  |
|--------------------------|--------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Esavalente</b>                      | (anti-Difterica-Tetanica-pertosse-polio-emofiloB-epatiteB) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Pentavalente</b>                    | (anti-Difterica-Tetanica-pertosse-polio-emofiloB)          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Tetavalente pediatrico</b>          | (anti-Difterica-Tetanica-pertosse-polio)                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Tetavalente adulti</b>              | (anti-difterica-tetanica-pertosse-polio)                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Trivalente</b>                      | (anti-difterica-tetanica-pertosse)                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>MPRV</b>                            | (anti-Morbillo- Parotite- Rosolia-Varicella)               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>MPR</b>                             | (anti-Morbillo-Parotite-Rosolia)                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Anti-EmofiloB</b>                   |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Anti-Epatite A</b>                  |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Anti-Epatite A+B</b>                |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Anti-EpatiteB pediatrico</b>        |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Anti-EpatiteB adulti</b>            |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Anti-EpatiteB per emodializzati</b> |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Anti-Herpes Zoster ricombinante</b> |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Anti- Herpes Zoster attenuato</b>   |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Anti-Meningococco ACYW135</b>       |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Anti-Meningococco B</b>             |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Anti-Papillomavirus HPV9</b>        |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Anti-Pneumococco15</b>              |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Anti-Pneumococco 20</b>             |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Anti-Pneumococco23</b>              |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Anti-Polio IPV</b>                  |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Anti-Rotavirus</b>                  |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Anti-Varicella</b>                  |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Altro</b> _____                     |  |

Data

firma

Presidio

firma del medico che riceve il consenso