



## VACCINAZIONE ANTI-COVID19 - ANAMNESI E CONSENSO

PER MINORI **12-17 anni**

( dal giorno del compimento del 12° anno al compimento del 18° anno)

DOSE:

\_\_\_\_\_

COGNOME NOME DEL MINORE \_\_\_\_\_ SESSO \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_/\_\_/\_\_\_\_ 12 ANNI COMPIUTI **SI** ☐ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

RESIDENZA/DOMICILIO \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

## DATI IDENTIFICATIVI DEI GENITORI O DI ALTRO SOGGETTO TITOLARE DI RESPONSABILITA' GENITORIALE

Genitore (Nome Cognome) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Genitore (Nome Cognome) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Titolare della responsabilità genitoriale (Nome Cognome) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Estremi del Provvedimento del Tribunale dei Minori di \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

## SCHEDA ANAMNESTICA DEL MINORE

( da compilare da parte del genitore e da riesaminare insieme agli operatori sanitari addetti alla vaccinazione )

Il minore è attualmente malato?

☐ Sì☐ No

Ha febbre?

☐ Sì☐ No

Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?

☐ Sì☐ No

Se sì, specificare:

Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?

☐ Sì☐ No

Se sì, specificare:

Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?

☐ Sì☐ No

Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?

☐ Sì☐ No

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 (radioterapia)?

☐ Sì☐ No

Durante lo scorso anno ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?

☐ Sì☐ No

Ha avuto attacchi di convulsioni o problemi al cervello o al sistema nervoso?

☐ Sì☐ No

Ha ricevuto vaccinazioni negli ultimi 14 giorni?

☐ Sì☐ No

Se sì, quali:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Sta assumendo farmaci anticoagulanti? (Se sì indicare nello spazio "terapia")                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No                                 |
| Per le <u>donne</u> : è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No                                 |
| Per le <u>donne</u> : sta allattando?                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No                                 |
| <b>Patologie da cui è affetto/a:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                                                             |
| <b>Terapia Farmacologica che sta assumendo:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |                                                             |
| <b>ANAMNESI COVID19-CORRELATA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |                                                             |
| Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-Cov2 o affetta da Covid-19?                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so |
| E' attualmente sottoposto al regime di quarantena fiduciaria?                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No                                 |
| Manifesta tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No                                 |
| Manifesta mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No                                 |
| Manifesta dolore addominale/diarrea?                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No                                 |
| Manifesta lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No                                 |
| Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No                                 |
| Ha effettuato un test Covid-19?<br><input type="checkbox"/> Nessun test Covid<br><input type="checkbox"/> Test Covid19 NEGATIVO: Data.....<br><input type="checkbox"/> Test Covid19 POSITIVO: Data (primo tampone positivo): .....<br><input type="checkbox"/> In attesa esito test Covid19 effettuato in data ..... |                             |                                                             |
| Per coloro che effettuano la 2° dose di vaccino anti-Covid 19:                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No                                 |
| Ha avuto reazioni dopo la 1° dose?                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No                                 |
| Se sì, quali?                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |                                                             |
| Se sì, sono state segnalate ?                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No                                 |

**CONSENSO INFORMATO PER IL MINORE**

**Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità dichiaro che:**

- Ho letto e ho compreso le informazioni contenute nella nota informativa del vaccino che è stato offerto per il minore.
  - Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del minore, ottenendo risposte esaurienti.
  - Ho compreso i rischi e i benefici della vaccinazione.
  - Ho compreso che qualora si verificasse un qualsiasi effetto collaterale di informare immediatamente il medico curante del minore.
  - Accetto che il minore rimanga nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti, salvo diversa indicazione, dopo la vaccinazione per valutare che non si verifichino reazioni avverse immediate.
- ☐ **Acconsento e autorizzo la somministrazione del vaccino**
- ☐ **Rifiuto la somministrazione del vaccino**



## A CURA DELL'OPERATORE

|                                                                                                                               |                                                                                                                               |                             |                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CATEGORIA VACCINALE: _____                                                                                                    |                                                                                                                               | IDONEO AL VACCINO?          | Osservazione PostVaccinale                                                                                     |
| <b>TIPO VACCINO 1° DOSE</b><br><input type="radio"/> Comirnaty Pfizer-Biontech<br><input type="radio"/> Spikevax (ex Moderna) | <b>TIPO VACCINO 2° DOSE</b><br><input type="radio"/> Comirnaty Pfizer-Biontech<br><input type="radio"/> Spikevax (ex Moderna) | <div>SI</div> <div>NO</div> | <input type="checkbox"/> 15 minuti<br><input type="checkbox"/> 30 minuti<br><input type="checkbox"/> 60 minuti |

## SEDE DI INOCULAZIONE DEL VACCINO:

BRACCIO

☐ SX☐ DX

FIRMA DEL GENITORE

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL GENITORE

\_\_\_\_\_

**NOTA BENE - In caso sia presente un solo genitore, questi deve compilare il Modulo "VACCINAZIONE ANTICOVID19 – IN ASSENZA DI UNO DEI GENITORI " (Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di Notorietà ai sensi dell'art. 47 DPR 1812/2000 n° 445)**

FIRMA TITOLARE DI RESPONSABILITA' GENITORIALE \_\_\_\_\_

DATA ESECUZIONE VACCINAZIONE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SEDE VACCINALE : \_\_\_\_\_

FIRMA DI CHI ESEGUE ANAMNESI (leggibile)

FIRMA VACCINATORE (leggibile)



**VACCINAZIONE ANTI-COVID19 – IN ASSENZA DI UNO DEI GENITORI****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (ART. 47 - DPR 18/12/2000, N. 445)**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ NATO/A IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_  
 RESIDENZA/DOMICILIO \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
 TEL (CELLULARE) \_\_\_\_\_ MAIL \_\_\_\_\_

**Dichiara di essere il genitore del minore:**

COGNOME NOME \_\_\_\_\_ SESSO \_\_\_\_\_  
 DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ETA' (anni compiuti) \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
 RESIDENZA/DOMICILIO \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

**e dichiaro che**

**Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità dichiaro di :**

- essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli minori di età, allegate (norme del Codice Civile).
- che il mio stato civile è il seguente:  
☐ coniugato/a;      ☐ vedovo/a      ☐ separato/a      ☐ divorziato/a
- in situazione di:  
☐ affidamento congiunto      ☐ genitore affidatario      ☐ genitore non affidatario
- che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per:  
☐ lontananza      ☐ impedimento
- che, ai fini della applicazione della normativa in materia di esercizio della responsabilità genitoriale a seguito di separazione, scioglimento, cessazione degli effetti civili, annullamento, nullità del matrimonio limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione (art.337-ter, co. 4), il giudice ha stabilito:  
☐ che il sottoscritto/a esercita la potestà separatamente

Altro:.....

Luogo \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FIRMA DEL DICHIARANTE**

I DATI PERSONALI RACCOLTI NEL PRESENTE MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE SARANNO TRATTATI CON LE MODALITÀ PREVISTE DALLA VIGENTE NORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (REGOLAMENTO (EU) 2016/679; D.LGS. 196/2003) E UTILIZZATI UNICAMENTE PER LE FINALITÀ CONNESSE ALL'AUTOCERTIFICAZIONE MEDESIMA.

La presente autocertificazione deve essere presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità.

Allegato al Modulo: VACCINAZIONE ANTI-COVID19 – IN ASSENZA DI UNO DEI GENITORI

## INFORMATIVA AI GENITORI PER L'ESPRESSIONE DEL CONSENSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE PER I FIGLI MINORI DI ETÀ.

In base alle previsioni del Codice Civile la responsabilità genitoriale sui figli è esercitata di comune accordo da entrambi i genitori (art. 316, co. 1) o da un solo genitore in caso di lontananza, incapacità o altro impedimento dell'altro genitore (art. 317, co. 1).

Nei casi di comuni trattamenti medici (visite, medicazioni, ecc.) è sufficiente il consenso di uno solo dei genitori in applicazione del principio generale che gli atti di ordinaria amministrazione possono essere compiuti disgiuntamente da ciascun genitore. In caso di separazione, scioglimento, cessazione degli effetti civili, annullamento, nullità del matrimonio e nei procedimenti relativi ai figli nati fuori del matrimonio di norma la responsabilità genitoriale è comunque esercitata da entrambi i genitori mentre, per le decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice può stabilire che i genitori esercitino la responsabilità genitoriale separatamente (art. 337-ter, co. 3).

**CODICE CIVILE Art. 316 (Responsabilità genitoriale)** Entrambi i genitori hanno la responsabilità genitoriale che è esercitata di comune accordo tenendo conto delle capacità, delle inclinazioni naturali e delle aspirazioni del figlio. I genitori di comune accordo stabiliscono la residenza abituale del minore. In caso di contrasto su questioni di particolare importanza ciascuno dei genitori può ricorrere senza formalità al giudice indicando i provvedimenti che ritiene più idonei.

Il giudice, sentiti i genitori e disposto l'ascolto del figlio minore che abbia compiuto gli anni dodici e anche di età inferiore ove capace di discernimento, suggerisce le determinazioni che ritiene più utili nell'interesse del figlio e dell'unità familiare. Se il contrasto permane il giudice attribuisce il potere di decisione a quello dei genitori che, nel singolo caso, ritiene il più idoneo a curare l'interesse del figlio. Il genitore che ha riconosciuto il figlio esercita la responsabilità genitoriale su di lui. Se il riconoscimento del figlio, nato fuori del matrimonio, è fatto dai genitori, l'esercizio della responsabilità genitoriale spetta ad entrambi. Il genitore che non esercita la responsabilità genitoriale vigila sull'istruzione, sull'educazione e sulle condizioni di vita del figlio.

**Art. 317 (Impedimento di uno dei genitori)** Nel caso di lontananza, di incapacità o di altro impedimento che renda impossibile ad uno dei genitori l'esercizio della responsabilità genitoriale, questa è esercitata in modo esclusivo dall'altro. La responsabilità genitoriale di entrambi i genitori non cessa a seguito di separazione, scioglimento, cessazione degli effetti civili, annullamento, nullità del matrimonio [omissis]. In materia di esercizio della responsabilità genitoriale in caso di separazione, scioglimento, cessazione degli effetti civili, annullamento, nullità del matrimonio e nei procedimenti relativi ai figli nati fuori del matrimonio si applicano i seguenti articoli del Codice Civile:

**Art. 337-ter (Provvedimenti riguardo ai figli)** Il figlio minore ha il diritto di mantenere un rapporto equilibrato e continuativo con ciascuno dei genitori, di ricevere cura, educazione, istruzione e assistenza morale da entrambi e di conservare rapporti significativi con gli ascendenti e con i parenti di ciascun ramo genitoriale. [omissis] La responsabilità genitoriale è esercitata da entrambi i genitori. Le decisioni di maggiore interesse per i figli relative all'istruzione, all'educazione, alla salute e alla scelta della residenza abituale del minore sono assunte di comune accordo tenendo conto delle capacità, dell'inclinazione naturale e delle aspirazioni dei figli. In caso di disaccordo la decisione è rimessa al giudice. Limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice può stabilire che i genitori esercitino la responsabilità genitoriale separatamente. [omissis]

**Art. 337-quater (Affidamento a un solo genitore e opposizione all'affidamento condiviso)** [omissis] Il genitore cui sono affidati i figli in via esclusiva, salva diversa disposizione del giudice, ha l'esercizio esclusivo della responsabilità genitoriale su di essi; egli deve attenersi alle condizioni determinate dal giudice. Salvo che non sia diversamente stabilito, le decisioni di maggiore interesse per i figli sono adottate da entrambi i genitori. Il genitore cui i figli non sono affidati ha il diritto ed il dovere di vigilare sulla loro istruzione ed educazione e può ricorrere al giudice quando ritenga che siano state assunte decisioni pregiudizievoli al loro interesse

## VACCINAZIONE ANTI-COVID19 - DELEGA PER MINORI NON ACCOMPAGNATI DA GENITORI/TUTORE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ NATO/A IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

RESIDENZA/DOMICILIO \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

TEL (CELLULARE) \_\_\_\_\_ MAIL \_\_\_\_\_

che può essere contattato/a in caso di situazioni cliniche particolari dal medico vaccinatore per richiederne la convocazione e/o informare della sospensione della vaccinazione

☐ MADRE ☐ PADRE ☐ TUTORE DEL MINORE

COGNOME NOME DEL MINORE \_\_\_\_\_ SESSO \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ETA' (anni compiuti) \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

RESIDENZA/DOMICILIO \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

**Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità**

### DELEGO A TUTTI GLI EFFETTI

IL/LA SIGNOR/A \_\_\_\_\_ NATO/A IL \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

RESIDENZA/DOMICILIO \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

TEL (CELLULARE) \_\_\_\_\_ MAIL \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DI IDENTITA' NUMERO \_\_\_\_\_

RILASCIATO DA \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_

A:

- ACCOMPAGNARE IL SOPRA INDICATO MINORE AD ESEGUIRE LA DOSE N° \_\_\_\_\_ DELLA VACCINAZIONE ANTI-COVID, ESSENDO LA PERSONA INDICATA E INFORMATA SULLE CONDIZIONI DI SALUTE DEL MINORE.
- ALLA CONSEGNA DEL CONSENSO INFORMATO E DELLA SCHEDA ANMESTICA DAL SOTTOSCRITTO/A COMPILATA.

DATA

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA DEL GENITORE/TUTORE DEL MINORE

(o suo/a rappresentante legale) (leggibile)

**NB Il delegato che accompagna il minore deve presentarsi con il proprio documento di identità e con copia del documento di identità del genitore/tutore.**