I sottoscritti

Nome e Cognome……………………………………………………..........nato il ….../……./……..

a …………………………………………..residente a ………………………………………………..

in via…………………………………………………n.tel/cell…………………………………………..

in qualità di 󠄁□ genitore 󠄁□ tutore

e

Nome e Cognome……………………………………………………..........nato il ….../……./……..

a …………………………………………..residente a ………………………………………………..

in via…………………………………………………n.tel/cell…………………………………………..

in qualità di 󠄁□ genitore 󠄁□ tutore

dichiarano di essere pienamente coscienti e di aver letto e compreso la sopra estesa informativa e,

a seguito del colloquio con il/la Dr/Dr.ssa………………………………………………………….,

di aver ottenuto tutte le informazioni richieste sulle finalità della procedura, le modalità di esecuzione e le eventuali complicanze che possono derivare dall’esecuzione della vaccinazione.

Prendono atto che è raccomandabile non allontanarsi dalla struttura per 20 minuti dall’avvenuta vaccinazione. Per quanto concerne il trattamento dei dati personali, ai sensi del GDPR 2016/679 autorizzo MediMilano srl al trattamento dei dati personali rilasciati.

Quindi in base all’informativa ricevuta, che ritiene completa ed esaustiva, i sottoscritti

□ ACCONSENTONO

All’esecuzione delle seguenti vaccinazioni al minore ……………………………………………

nato a…………………………………………………… il ………/………./………

* Esavalente
* Pneumococco coniugato/polisaccaridico
* Meningococco B
* Meningococco C
* Meningococco ACWY
* Morbillo Parotite Rosolia (MPR)
* Morbillo Parotite Rosolia Varicella (MPRV)
* Varicella
* Difto tetano Pertosse Polio (DTPaIPV)
* Difto Tetano Pertosse (DTPa)
* Difto tetano Pertosse Polio adulti (dTpaIPV) (per soggetti tra il 12° e 18° anno di età)
* Papilloma virus (HPV)
* Influenza

DATA …../……../………

FIRMA DEI GENITORI/TUTORE\*

--------------------------------- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_