

# Campagna di Vaccinazione Antinfluenzale ed Antipneumococcica - 2015/2016

## Consenso informato

Io sottoscritto/a .....

dichiaro:

- di aver riferito al medico correttamente le informazioni sul mio attuale stato di salute / sullo stato attuale di salute di mio figlio/a o della persona che rappresento legalmente;
- di avere avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente a:
  - informazioni sul vaccino antinfluenzale 2015-2016 (nome vaccino.....)
  - informazioni sul vaccino antipneumococcico 2015-2016 (nome vaccino.....)
  - benefici e potenziali rischi della/delle vaccinazione/i.....
- necessità di trattenermi in ambulatorio per almeno 30 minuti, dopo la/le vaccinazione/i;
- necessità di comunicare eventuali reazioni avverse al medico curante.

**Pertanto, esprimo il mio consenso all'esecuzione della / delle vaccinazione/i sopra indicata/e.**

*firma leggibile dell'interessato/a o del rappresentante legale del/la minore o della persona incapace*

Luogo e data ..... *firma del medico/operatore sanitario*