



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
 Sede legale: Via del Vespro n.129 - 90127 Palermo
 CF e P.IVA: 05841790826

U.O.C. EPIDEMIOLOGIA CLINICA CON REGISTRO TUMORI
 Responsabile: Prof. Francesco Vitale

U.O.S. Controllo Igiene Ospedaliera
 Registro Tumori di Palermo e Provincia
 Laboratori di Riferimento Regionale per la Sorveglianza dell'Influenza, del Morbillo, della Rosolia Congenita e della Tubercolosi
 Laboratorio di Riferimento Regionale della Sicilia Occidentale per l'Emergenza COVID-19
 Ambulatorio Vaccinale dell'AOUP "P. Giaccone"

Via del Vespro n.133
 Tel. 091.6553639
 E-mail: epidemiologia.registrotumori@policlinico.pa.it

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ residente a _____

In via _____ n. _____ cell./tel _____

In caso di vaccinazione di soggetto di età minore di 18 anni **Genitore** **Tutore**
Di _____ **Nato/a a** _____ **il** __/__/____

Dichiara di aver preso visione della documentazione informativa proposta, di essere stato/a informato/a sulle indicazioni, le controindicazioni e gli effetti collaterali a breve e a lungo termine delle vaccinazioni e sui rischi per la salute in caso di mancata vaccinazione.

acconsento **non acconsento**

Ad effettuare le seguenti vaccinazioni:

<input type="checkbox"/> MPRV	<input type="checkbox"/> MPR	<input type="checkbox"/> Varicella
<input type="checkbox"/> dTpa	<input type="checkbox"/> dTpa - IPV	
Gravidanza: <input type="checkbox"/> dTpa <input type="checkbox"/> QIV cc <input type="checkbox"/> COVID-19		
Herpes Zoster		
Haemophilus tipo B		
Meningococco ACW ₁₃₅ Y		
Meningococco B		

Pneumococco coniugato 15/20 valente	
Pneumococco polisaccaridico 23 valente	
HPV 9 valente	
Epatite: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A/B	
COVID-19	
RSV	
QIV: <input type="checkbox"/> colt-cell <input type="checkbox"/> highdose <input type="checkbox"/> adiuiv <input type="checkbox"/> LAIV	

Prendo atto che è raccomandabile non allontanarsi dalla struttura per almeno 15 minuti dall'avvenuta vaccinazione.

Dichiaro, infine, di avere ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali, ai sensi del Decreto Legislativo 10/8/2018 n. 101 "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)" ed autorizzo l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone al trattamento dei dati personali rilasciati con la presente in ambito sanitario, in particolare a fini di prevenzione, nonché a fini amministrativi-contabili e fiscali.

Luogo _____

Data _____

Firma dell'interessato _____

Firma del medico _____

Firma del somministratore _____