CONFERMA DEL CONSENSO PER LA SECONDA DOSE DEL VACCINO ANTI-COVID

lo sottoscritto/a .....

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

CONFERMO

Quanto sottoscritto nel CONSENSO INFORMATO firmato in occasione della I DOSE del vaccino

- Covid-19 Vaccino Vaxzevria

avvenuta in data ..... ed inoltre

DICHIARO

o Di **NON AVER** manifestato reazioni avverse importanti e/o di **NON AVER** sviluppato condizioni cliniche/patologiche incompatibili con la vaccinazione;

o Di **AVER** manifestato reazioni avverse importanti e/o di **AVER** sviluppato condizioni cliniche/patologiche incompatibili con la vaccinazione, del tipo:

.....

.....

dopo la prima somministrazione del vaccino.

Acconsento, dunque, alla somministrazione della II DOSE del vaccino:

- Covid-19 Vaccino Vaxzevria

Luogo e data .....

Firma del Vaccinando .....

Firma dell'Operatore Sanitario .....

Sito di iniezione	N° lotto e scadenza	Data e ora di somministrazione	Luogo di somministrazione	Firma Operatore Sanitario

Il sottoscritto/a_____

nato/a _____ il_____

consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

dichiara di ricevere il vaccino anti-covid in qualità di:

- ☐ Persona di età superiore agli 80 anni
- ☐ Persona di età superiore ai 70 anni
- ☐ Persona di età superiore ai 60 anni
- ☐ Persona di età superiore ai 50 anni
- ☐ Persona di età superiore ai 40 anni

- ☐ persone con elevata fragilità e, ove previsto dalle specifiche indicazioni contenute alla Categoria 1, Tabella 1 e 2 delle citate Raccomandazioni ad interim, familiare convivente, Caregiver, genitore/tutore/affidatario;
- ☐ operatore sanitario e socio-sanitario
- ☐ personale dei presidi residenziali per anziani
- ☐ personale docente e non docente, scolastico e universitario
  forze armate, di polizia e del soccorso pubblico, servizi penitenziari

_____