

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
-