



Regione Lombardia

ASL Lecco



Cooperativa Medici  
del Territorio del Barro e del Lario

**IL CUNEO**

Medicina di Gruppo Cocchi Fiorentino Gottifredi Le Rose Lukacova

il sottoscritto/a

Codice Fiscale

.....

.....

Età Anni

.....

Esente

no

si

.....

**dichiaro:**

- di aver riferito 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 stagionale 2013-2014
- benefici e potenziali rischi della vaccinazione;
- necessità di trattenermi in ambulatorio per almeno 30 minuti, dopo la vaccinazione;
- necessità di comunicare eventuali reazioni avverse al medico curante;

**PERTANTO ESPRIMO CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE SOPRA INDICATA**

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

Appuntamento

- Ambulatorio infermieristico
- Dr. Andrea Cocchi
- Dr. Bruno Ugo Fiorentino
- Dr. Stefano Gottifredi
- Dr. Alessandro Le Rose
- Dr.ssa Lukacova

Data appuntamento: .....

Ora appuntamento: .....

Data Vaccinazione: .....

*firma dell'operatore sanitario*