

CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI VACCINAZIONI IN ADULTI

Io sottoscritto/a _____

Data di nascita _____ Età _____

DICHIARO

•di essere stato/a informato/a circa le caratteristiche, i vantaggi, i possibili effetti collaterali delle vaccinazioni che devo fare nonché di aver ricevuto informazioni sulla modalità di effettuazione delle vaccinazioni, sul sito di inoculo delle stesse e sulla tutela normativa in caso di reazioni avverse (Legge 210/1992);

•di essere stato/a informato/a che devo rimanere presso l'ambulatorio per i 20 (venti) minuti successivi alla somministrazione del vaccino;

e quindi ACCONSENTO alla somministrazione della vaccinazione antinfluenzale stagionale 2025-2026

Data

Firma dell'assistito

Io sottoscritto/a dichiaro che l'assistito/a è stato informato/a sulla vaccinazione per la quale ha espresso il proprio consenso, mediante colloquio, e garantisco che le principali informazioni necessarie per esprimere un'adesione consapevole sono state correttamente comunicate e recepite.

Firma del medico

Medico Titolare

- ☐ Dr.ssa Daniela Cairo
- ☐ Dr. Bruno Ugo Fiorentino
- ☐ Dr.ssa Carmen Impellizzeri
- ☐ Dr. Alessandro Le Rose
- ☐ Dr.ssa Ingrid Lukacova
- ☐ Dr.ssa Alessandra Macchiorlatti Vignat