

**CONFERMA DEL CONSENSO PER LA SOMMINISTRAZIONE DELLA SECONDA DOSE  
DEL VACCINO ANTI COVID 19 IN FORMULAZIONE PEDIATRICA (5 – 11 ANNI)**

<b>DATI DEL MINORE</b>	
Cognome e Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Codice Fiscale:	

<b>DATI DELL'ACCOMPAGNATORE: GENITORE, TUTORE LEGALE O SUO DELEGATO (con allegato C)</b>	
Cognome e Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Telefono:	E-mail:

consapevole che la manifestazione di consenso sottoscritta in occasione della somministrazione della prima dose del vaccino COVID 19 è valida per tutto il ciclo vaccinale, ai fini della verifica da parte del personale sanitario preposto alla vaccinazione in merito ad eventuali modificazioni dello stato di salute e/o di patologie del minore, **dichiaro che:**

- La prima somministrazione di vaccino COVID 19 in formulazione pediatrica è avvenuta il \_\_\_\_\_
- La scelta di somministrare la seconda dose in data odierna è stata preventivamente condivisa e presa in accordo con l'altro genitore
- Accetto di rimanere nella sala d'attesa per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per consentire agli operatori sanitari di assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

*(barrare alternativamente solo uno delle due caselle sottostanti)*

che il minore non ha manifestato reazioni avverse importanti e che non ha sviluppato condizioni cliniche/patologiche di rilievo

che il minore ha manifestato reazioni avverse importanti o che ha sviluppato condizioni cliniche/patologiche di rilievo

*(specificare)* \_\_\_\_\_

<b>ACCONSENTO E AUTORIZZO</b> la somministrazione del vaccino anti COVID 19 in formulazione pediatrica.	
Luogo e data	Firma <i>(genitore, tutore legale o suo delegato)</i>
Firma operatore sanitario <i>(specificare nome e cognome in modo leggibile)</i>	

Sito iniezione	N° lotto e scadenza	Data e ora somministrazione	Luogo somministrazione