

Azienda _____ **(dati identificativi della struttura)****. MODULO DI DISSENSO ALLA VACCINAZIONE**Io sottoscritto/a (*nome e cognome*) _____ nato/a _____ il _____

residente a _____ in via/piazza _____ tel. _____

nel corso dell'avvenuto colloquio con _____
(*nome e cognome operatore sanitario*)

a seguito dell'invito:

 a sottopormi a sottoporre mio figlio_____ nato/a _____ il _____
(*dati della persona da vaccinare*) a sottoporre la persona che rappresento_____ nato/a _____ il _____
(*dati della persona da vaccinare*)

alla/e vaccinazioni previste dal calendario vaccinale della Regione Toscana e di seguito indicate

(indicare il/i tipo/i di vaccinazione/i proposta/e)

DICHIARO

- di aver ricevuto informazioni chiare sulla malattia che può essere prevenuta con la vaccinazione anche con l'ausilio della lettura del foglio informativo messo a disposizione della ASL;
- di aver ricevuto informazioni chiare sui potenziali benefici e sugli eventuali rischi e complicanze della vaccinazione anche con l'ausilio della lettura del materiale informativo messo a disposizione dalla ASL;
- di aver avuto l'opportunità di porre domande relativamente alle informazioni ricevute e di aver compreso le risposte;
- di essere stato informato/a che in base all'anamnesi relativa alla mia salute/la salute della persona che rappresento, non ci sono controindicazioni note ad oggi nei confronti del vaccino proposto;
- di aver avuto il tempo sufficiente per decidere;
- di aver preso visione dell'informativa per i genitori predisposta dall'OMS sui rischi e sulle responsabilità in caso di mancata/e vaccinazione/i.

ciò premesso**NON ACCONSENTO ALLA/E VACCINAZIONE/I PROPOSTA/E**

Firma leggibile dell'interessato/del genitore/del rappresentante legale _____

Nome e Firma dell'operatore sanitario che ha acquisito il dissenso _____

Presidio vaccinale _____ Data _____