



Scuola Secondaria di I Grado "G. Bianco – G. Pascoli"

Codice fiscale 90042860743 – Codice Univoco: UFH4M9

Sede amministrativa: "G. Pascoli": Via Giovanni XXIII, 64 – tel. 0804413170

Plesso "G. Bianco": Largo Pitagora, 3 - Tel. 0804413171

brmm07700x@istruzione.it – brmm07700x@pec.istruzione.it

Sito web: www.biancopascoli.edu.it

72015 - FASANO (BR)



Ai sigg.ri Genitori
Al Presidente del Consiglio di Istituto
Al Sindaco del Comune
Al Sito Web
Al Registro Elettronico

Loro sedi

Oggetto: Vaccinazione Covid-19 studenti

Si comunica che la ASL di Brindisi ha chiesto a questa Amministrazione di diffondere ai genitori il consenso informato in allegato, al fine di porre in essere le azioni necessarie a dare priorità alle somministrazioni del vaccino anti Covid-19 nei confronti degli studenti di età uguale o superiore ai 12 anni, in vista della ripresa del nuovo anno scolastico.

Gli interessati dovranno restituire debitamente compilato e controfirmato da entrambi i genitori il modulo allegato entro le ore 07:30 del 27.08.2021 per i successivi adempimenti di competenza di questa scuola



Il Dirigente Scolastico
(dott.ssa Maria CONSERVA)

PER IL D.S.

DATI IDENTIFICATIVI DEL VACCINANDO

NOME COGNOME

.....

DATA di NASCITA

.....

LUOGO di NASCITA

.....

RESIDENZA

.....

Telefono

Mail

.....

Tessera sanitaria (se disponibile)

CODICE FISCALE

N.

.....

DATI IDENTIFICATIVI DEI GENITORI O DI ALTRI SOGGETTI TITOLARI DELLA POTESTÀ
GENITORIALE

1) Genitore/Titolare della potestà genitoriale
(Nome Cognome)

.....

nato a il

Documento di identità n.

Rilasciato da

Il Scadenza

2) Genitore/Titolare della potestà genitoriale
(Nome Cognome)

.....

nato a il

Documento di identità n.

Rilasciato da

Il Scadenza

1 sottoscritt / _____, consapevole/i delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

**DICHIARA/DICHIARANO
sotto la propria responsabilità:**

- di aver letto, di aver ricevuto illustrazioni in una lingua nota e di aver del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: "Comirnaty" di Pfizer/BioNTech (Versione 04. del 16/06/2021- 0027471-18/06/2021-DGPRES-DGPRES-P - Allegato Utente 2 (A02)
- di aver riferito al Medico le patologie del minore, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione;
- di aver avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del minore ottenendo risposte esaurienti e da me/noi comprese;
- di essere stato/i adeguatamente informato/i con parole a me/noi chiare;
- di aver compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione del minore, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose, se prevista;
- di essere consapevole/i che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà responsabilità del genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale informare immediatamente il Medico curante del minore e seguirne le indicazioni;
- di accettare di rimanere con il minore nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verificano reazioni avverse immediate;

di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, mediante delega scritta corredata da copia di documento di identità (in allegato);

di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente;

**SPAZIO RISERVATO AD EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL TRIBUNALE DEI MINORI
RELATIVAMENTE ALLA POTESTÀ GENITORIALE**

Provvedimento del Tribunale dei Minori di

n. data

**di ACCONSENIRE ED AUTORIZZARE la somministrazione
del VACCINO COVID 19 "COMIRNATY" (PFIZER/BIONTECH)**

Data e Luogo _____

Firma del minore _____

Firma del 1° genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale

Firma del 2° genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale

*di RIFIUTARE la somministrazione del
VACCINO COVID 19 "COMIRNATY" (PFIZER/BIONTECH)*

Data e Luogo _____

Firma del minore _____

Firma del 1° genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale

Firma del 2° genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

Nome e Cognome (Medico) _____

confermo che il Vaccinando e il genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

Firma _____

Nome e Cognome (2° Professionista Sanitario) _____

Ruolo _____

confermo che il Vaccinando e il genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

Firma _____

La presenza del 2° sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo Medico, al domicilio o in stato di criticità logistico-organizzativa.

N.B.
LA VACCINAZIONE NON POTRÀ ESSERE EFFETTUATA IN CASO DI MANCANZA DEI DOCUMENTI SOPRA CITATI