



Dati personali

\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_

DATI DEL TUTORE

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Applica qui  
l'etichetta  
adesiva**ACCONSENTE**

ai sensi e per gli effetti del **Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)**, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

**Letto, confermato e sottoscritto**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma utente \_\_\_\_\_  
(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Luogo \_\_\_\_\_

**REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (GDPR)**

Gentile Signore/a,

Desideriamo informarLa che il Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) prevede la tutela delle persone delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

- 1 I dati da Lei forniti verranno trattati per tracciare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19.
- 2 Il trattamento sarà effettuato in modalità informatizzata.
- 3 Il conferimento dei dati è **OBBLIGATORIO** per registrare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19 verso il Sistema Sanitario Nazionale e che l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporterebbe la mancata prosecuzione del rapporto.
- 4 I dati potranno essere/saranno comunicati al Servizio Sanitario Nazionale e al Ministero della Salute.  
Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare lo stato di salute del soggetto vaccinato.  
I dati sanitari potranno essere trattati da centri medici specializzati nel valutare l'idoneità alla vaccinazione.
- 5 Il Responsabile del trattamento dei dati personali indicati è INVITALIA, con sede in Via Calabria, 46 - 00187 Roma
- 6 In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR).



Autocertificazione

\_\_\_\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_ (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nat\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

DATI DEL TUTORE

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_



Consapevole che, ai sensi dell'art. **76 del D.P.R. 445/2000**, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, dichiara sotto la propria responsabilità di essere un dipendente o di svolgere la propria attività lavorativa presso l'AOUP Palermo:

- Operatori Sanitari
- Operatori non Sanitari
- Personale amministrativo
- Ditte esternalizzate
- Medico in formazione/assegnista/dottorando/Borsista/tirocinante post laurea area sanitaria
- Personale Universitario di area sanitaria che conduce attività di ricerca all'interno dell'AOUP Palermo
- Studente tirocinante di Medicina/odontoiatria/professioni sanitarie/lauree magistrali professioni sanitarie
- Personale Universitario Dirigente Sanitario in quiescenza che ai sensi della normativa vigente continua a condurre attività di ricerca presso il locali dell'AOU Policlinico di Palermo

Dichiaro di aver già ricevuto una 1° dose di vaccino nel paese \_\_\_\_\_ della tipologia \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma utente \_\_\_\_\_  
(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)



Anamnestico

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Applica qui  
l'etichetta  
adesiva

### Anamnesi

Da compilare a cura del **Vaccinando** e da riesaminare insieme ai **Professionisti Sanitari** addetti alla vaccinazione.

- 1 Attualmente è malato?  SÌ  NO  NON SO
- 
- 2 Ha febbre?  SÌ  NO  NON SO
- 
- 3 Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?  
Se sì, specificare: \_\_\_\_\_  SÌ  NO  NON SO
- 
- 4 Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?  SÌ  NO  NON SO
- 
- 5 Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?  SÌ  NO  NON SO
- 
- 6 Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario?  
(Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?  SÌ  NO  NON SO
- 
- 7 Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario  
(esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?  SÌ  NO  NON SO
- 
- 8 Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici,  
oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?  SÌ  NO  NON SO
- 
- 9 Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?  SÌ  NO  NON SO
- 
- 10 Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?  
Se sì, quali? \_\_\_\_\_  SÌ  NO  NON SO
- 
- Per le donne:*
- 11 È incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?  SÌ  NO  NON SO
- 
- 12 Sta allattando?  SÌ  NO  NON SO
- 

Specifichi di seguito i farmaci, gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

---

---



## Anamnesi COVID-correlata

1 Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?  SI  NO  NON SO

---

2 Manifesta uno dei seguenti sintomi:

- Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?
  - Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?
  - Dolore addominale/diarrea?
  - Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?
- 

3 Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?  SI  NO  NON SO

---

4 Test COVID-19:

- Nessun test COVID-19 recente
  - Test COVID-19 **negativo** in data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
  - Test COVID-19 **positivo** in data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ In  attesa di test COVID-19 in data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- 

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute

---

---

Firma utente \_\_\_\_\_  
(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Firma medico \_\_\_\_\_



Consenso

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo residenza \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_



Applica qui  
l'etichetta  
adesiva

- ✓ Ho ricevuto, letto e compreso la **Nota Informativa**
- ✓ Ho compilato e riesaminato con il Personale Sanitario la **Scheda Anamnestica**
- ✓ Ho posto domande in presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione, in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti.
- ✓ Sono stato correttamente informato ed ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche.
- ✓ Acconsento, richiedo ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino **“Pfizer-BioNTech COVID-19”**
- ✓ Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.
- ✓ Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per \_\_\_\_\_ minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino *reazioni avverse immediate*.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma utente \_\_\_\_\_  
(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Luogo \_\_\_\_\_

Personale Sanitario che ha effettuato la vaccinazione

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Ruolo \_\_\_\_\_

- ✓ Confermo che il *Vaccinando* ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma sanitario \_\_\_\_\_