

Somministrazione delle dosi (seconda e booster) successive alla prima per il minore in fascia di età 5-18 anni	
DATI DEL VACCINANDO	
Cognome e Nome * :	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Telefono *:	E-mail *:
N. Tessera Sanitaria (se disponibile) *:	Codice Fiscale *:
Scuola frequentata:	
DATI DEL GENITORE/SOGGETTO ESERCENTE RESPONSABILITA' GENITORIALE	
Cognome e Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Telefono:	E-mail:
<input type="checkbox"/> Dichiara di essere consapevole che in occasione della somministrazione della dose n. _____ resta necessaria una verifica da parte del personale sanitario preposto alla vaccinazione in merito ad eventuali modificazioni dello stato di salute e/o di patologie intercorse successivamente all'inoculazione della prima dose;	
<input type="checkbox"/> Dichiara che la manifestazione di consenso informato rilasciata dall'altro genitore/soggetto esercente responsabilità genitoriale in data _____, ad oggi, è valida non essendo intervenuta esplicita manifestazione di opposizione/rifiuto, rinuncia al completamento del ciclo vaccinale o alla somministrazione della dose di richiamo.	
<input type="checkbox"/> ACCETTO di sottoporre il suddetto minore alla somministrazione della dose n. _____ del vaccino anti SARS-CoV-2/COVID19 " _____ "	<input type="checkbox"/> NON ACCETTO di sottoporre il suddetto minore alla somministrazione della dose n. _____ del vaccino anti SARS-CoV-2/COVID19 " _____ "
<input type="checkbox"/> DICHIARO che, ad oggi, <u>NON CI SONO</u> state modificazioni dello stato di salute del minore rispetto a quanto da me dichiarato in occasione della somministrazione della prima dose.	<input type="checkbox"/> DICHIARO che, ad oggi, <u>CI SONO</u> state modificazioni dello stato di salute del minore rispetto a quanto da me dichiarato in occasione della somministrazione della prima dose.
<input type="checkbox"/> RIFIUTO di sottoporre il minore alla inoculazione proposta, benché edotto della probabile inefficacia protettiva della somministrazione di una sola dose di vaccino anti SARS-CoV-2/COVID-19 " _____ "	
Luogo e data:	
Firma del genitore1/del rappresentante legale che accompagna il minore	
Firma del genitore2/del rappresentante legale (se presente)	
<small>Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento (UE), n. 2016/679): i dati personali raccolti ai fini del presente procedimento saranno trattati, con strumenti cartacei e elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dall' art.15 della medesima norma.</small>	

* Campi obbligatori ai fini della corretta identificazione del soggetto, della registrazione dei dati e della trasmissione dei dati alle piattaforme nazionali anche ai fini del rilascio della certificazione verde Covid-19 (Green Pass).