



## DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO SULLA VACCINAZIONE ANTI-PAPILLOMAVIRUS (HPV) E SULLE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE/RACCOMANDATE PREVISTE NEL CALENDARIO VACCINALE NEI MINORENNI

In occasione dell'intervento informativo svolto presso la Scuola frequentata da Vostro/a figlio/a, i Medici dell'U.O.C. di Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina Preventiva dell'ASP di Trapani offrono la possibilità di eseguire la vaccinazione per i Vostri figli a seguito della compilazione del presente modulo di consenso informato

### Dati identificativi del soggetto vaccinando

---

Nome.....Cognome.....  
Nato a.....il ...../.../.....

### Dati identificativi dei genitori

**Padre:** Nome.....Cognome.....  
Nato a.....il ...../.../.....  
Tipo di documento.....n°.....scadenza il...../.../.....

**Madre:** Nome.....Cognome.....  
Nata a.....il ...../.../.....  
Tipo di documento.....n°.....scadenza il...../.../.....

### Eventualmente dati identificativi del Tutore

Nome.....Cognome.....  
Nato a.....il ...../.../.....  
Tipo di documento.....n°.....scadenza il...../.../.....

### Recapito telefonico di riferimento per inviare promemoria sulle vaccinazioni

Tel/cell.....

### Eventuale esecuzione vaccinazione anti-HPV in precedenza

1° dose..... 2° dose..... Centro di Vaccinazione.....

***Si raccomanda di portare il proprio libretto vaccinale in caso di consenso all'esecuzione della vaccinazione***

## Dichiarazione del consenso informato

---

Il/la sottoscritto/a .....  
in qualità di: padre  madre  tutore  del/la vaccinando/a

### DICHIARA

di aver ricevuto materiale informativo specifico sull'argomento, che mi è stato preventivamente consegnato e di cui ho compreso il contenuto. Inoltre, di avere ricevuto adeguate informazioni:

- sulla **modalità di effettuazione** della vaccinazione/i e la **via di somministrazione** del vaccino/i;
- sui **vantaggi**, il **grado di efficacia** e gli **effetti collaterali** della vaccinazione/i nonché sulle possibili **conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione/i;
- sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione/i;
- sugli eventuali **effetti collaterali** della vaccinazione/i e sulla probabilità del loro verificarsi, nonché sulle possibilità e modalità del loro trattamento;
- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un **ulteriore colloquio** per acquisire ulteriori informazioni tramite mail indicate nella scheda informativa.

### ***Dichiara, inoltre:***

- di **aver riferito correttamente** informazioni sullo stato di salute del vaccinando.

Dichiara infine:

- di **aver acquisito l'assenso dell'altro genitore** il quale è stato da me personalmente informato della necessità di esecuzione della procedura vaccinale;
- di **esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;

### ***e quindi di:***

- ACCETTARE** liberamente e in piena coscienza la vaccinazione/i proposta
- NON ACCETTARE** liberamente e in piena coscienza la vaccinazione/i proposta

Data...../...../..... Firma .....