**CONFERMA DEL CONSENSO INFORMATO PER LA SECONDA DOSE DEL VACCINO ANTI-COVID**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONFERMO**

Quanto sottoscritto nel CONSENSO INFORMATO firmato in occasione della I DOSE del vaccino

* Covid 19 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avvenuta in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed inoltre

**DICHIARO**

* Di NON AVER manifestato reazioni avverse importanti e/o di NON AVER sviluppato condizioni cliniche/patologiche incompatibili con la vaccinazione;
* Di AVER manifestato reazioni avverse importanti e/o di NON AVER sviluppato condizioni cliniche/patologiche incompatibili con la vaccinazione tipo:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dopo la prima

somministrazione del vaccino.

Acconsento, dunque, alla somministrazione della II DOSE del vaccino:

* Covid 19\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Vaccinando\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dell’operatore sanitario\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| SITO DI INIEZIONE | N. LOTTO E SCADENZA | DATA E ORA DI SOMMINISTRAZIONE | LUOGO DI SOMMINISTRAZIONE | FIRMA OPERATORE SANITARIO |
|  |  |  |  |  |