

**MODULO DI CONSENSO ADULTI PER LA VACCINAZIONE
ANTINFLUENZALE
CAMPAGNA VACCINALE 2021/22**

Sede Humanitas Rozzano

Cognome _____ Nome _____

nato il ____ / ____ / ____ Residente a _____

CODICE FISCALE _____ Cellulare _____

(compilazione del tipo di vaccino a cura dell'operatore sanitario)

Vaccinazione Antinfluenzale (selezionare il tipo di vaccino)		
<input type="checkbox"/> Vaxigrip	<input type="checkbox"/> Flud Tetra	<input type="checkbox"/> Fluarix
LOTTO VACCINO _____	Braccio: <input type="checkbox"/> destro <input type="checkbox"/> sinistro	

Il/la sottoscritto/a dichiara:

- o di **non avere** in data odierna sintomatologia da infezione respiratoria (tosse e/o raffreddore e/o febbre)
- o di **non essere** sottoposto a misure di quarantena per COVID-19
- o di essere stato/a informato/a sui benefici e sui possibili effetti della vaccinazione antinfluenzale e di aver avuto la possibilità di fare domande a cui sono state fornite risposte esaurienti.

Data ____ / ____ / ____ Firma _____

Nome / cognome e Firma dell'operatore sanitario (che effettua anamnesi e vaccinazione)
