VACCINAZIONE ANTICOVID 19 - MODULO DI DISSENSO

NOME E COGNOME _____ DATA DI NASCITA ____/____/____

LUOGO DI NASCITA _____

RESIDENZA _____

TELEFONO _____ Codice fiscale _____

Ho letto, mi è stata illustrata dal dottor _____ in una lingua nota ed ho del tutto compreso la *nota informativa dei vaccini anti SARS COV 2* di cui ho preso visione. Ho posto domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti da me comprese. Sono stato/a correttamente informato/a con parole a me chiare ed ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze del rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione o ad una sua dilazione. A seguito di tutto quanto sopra, consapevole dei rischi della scelta,

rifiuto la somministrazione del vaccino anti SARS COV2 previsto dalle vigenti normative per la mia persona

Data e luogo _____

Firma della persona che rifiuta il vaccino o del rappresentante legale _____

Dichiaro inoltre di aver ricevuto la relazione del dottor _____ sulle mie condizioni cliniche.

Data e luogo _____

Firma della persona che rifiuta il vaccino o del rappresentante legale _____