

DICHIARAZIONE di DISSENSO INFORMATO/REVOCA
DECLARATION OF INFORMED DISAGREEMENT/REVOCATION

Nome e Cognome del vaccinando _____
Name and Surname of person being vaccinated

Nato/a _____ il __/__/__
Born in _____ on the

In caso di minore (dati identificativi dei genitori)
In the case of minors (parents personal details)

Padre (Nome e Cognome): _____ nato a _____ il __/__/__
Father (Name and Surname) born in on the

Madre (Nome e Cognome): _____ nato a _____ il __/__/__
Mother (Name and Surname) born in on the

In caso di soggetto incapace:
In the case of disabled or handicapped persons:

Rappresentante Legale (tutore o altro): _____ nato a _____ il __/__/__
Legal Representative (guardian or other) born in on the

Identificato tramite _____ rilasciato da _____ il __/__/__
Identification document issued by on the

 sottoscritt/_/_____ consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

The undersigned _____ aware of the responsibilities and the civil and penal consequences resulting from false declarations and/or the use or abuse of false documents, in accordance with Article 76 of D.P.R. 445/2000 and subsequent modifications and supplements as well as in cases of displaying documents containing false information,

DICHIARA sotto la propria responsabilità:
DECLARES of his/her own free will:

di aver ricevuto tramite
that he/she has received by means of

- materiale informativo (anche multilingue) specifico sull'argomento che mi è stato preventivamente consegnato e di cui ho compreso il contenuto;
- *informative material (multilingual) referring specifically to the subject matter previously delivered and understood;*
- colloquio con un medico operatore sanitario:
- *a meeting with a doctor/health service worker:*

un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:
comprehensive, understandable and suitable information regarding:

- sulla **modalità di effettuazione** della/e vaccinazione/i e la **via di somministrazione** del/i vaccino/i;
*the **method of execution** of the vaccination(s) and the **means of administration** of the vaccines(s);*
- sui **vantaggi**, il **grado di efficacia** della vaccinazione nonché sulle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione;
*the **advantages**, the **level of effectiveness** of the vaccination as well as the **possible health consequences** resulting from failure to receive the vaccination;*
- sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
*the **unhealthy symptoms** that suggest contraindications resulting from the vaccination;*
- sugli eventuali **effetti collaterali** e probabilità del loro verificarsi, nonché sulle modalità di trattamento;
*the possible **side effects** of the vaccination(s) and the probability of their occurring, as well as the means of treating them;*
- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore **colloquio** per poter acquisire ulteriori informazioni;
*the possibility of requesting at any time a further **meeting** in order to receive more information;*
- sulla possibilità di **revocare** il presente dissenso in qualsiasi momento;
*the possibility of **revoking** this consent at any moment;*

- ☐ **di aver acquisito il parere dell'altro genitore assente** ed impossibilitato a presenziare nella giornata odierna il quale mi ha dichiarato che, relativamente all'effettuazione delle vaccinazioni,
- ☐ **of having obtained the opinion of the other absent parent** and being unable to attend has instructed me that with regard to the carrying out of the vaccinations, he/she

☐ acconsente
agrees

☐ non acconsente
does not agrees

- ☐ **di esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;
- ☐ **of exercising parental authority alone**, in accordance with the laws currently in force;

e quindi di:
and therefore:

☐ **NON ACCETTARE**
DOES NOT AGREE TO

☐ **REVOCARE¹**
REVOKES CONSENT FOR

le seguenti vaccinazioni
the following vaccinations

☐ **Esavalente** _____
Hexavalent

¹ In caso di revoca di un percorso vaccinale in atto e per il quale era già stato espresso valido Consenso.
In cases of revocation of a course of treatment currently under way for which consent had previously been given.

- ☐ Anti Difterite-Tetano _____
Anti Diphtheria-Tetanus
- ☐ Anti Difterite-Tetano-Pertosse-Poliomielite _____
Anti Diphtheria-Tetanus-Whooping Cough-Poliomyelitis
- ☐ Anti Morbillo-Parotite- Rosolia _____
Anti Measles-Mumps- Rubella
- ☐ Antimeningococco _____
Anti meningococcus
- ☐ Antipneumococco _____
Anti pneumococcus
- ☐ Anti Papilloma Virus _____
Anti Papilloma Virus
- ☐ Altre (comprese le eventuali vaccinazioni singole già incluse in esavalente)
Other (including any incidental single vaccinations already included in the hexavalent)

Firma del vaccinando/del genitore/del legale rappresentante
Signature of the person being vaccinated/parent/legal representative

Informativa Note

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla/i vaccinazione/i non accettata/e dal vaccinando, attraverso COLLOQUIO INFORMATIVO e DOCUMENTAZIONE SPECIFICA ovvero SCHEDA INFORMATIVA MULTILINGUE.

I the undersigned declare that I have supplied information concerning the vaccination(s) not agreed to by the person receiving them, by means of an INFORMATIVE MEETING and SPECIFIC DOCUMENTATION or rather a MULTILINGUAL INFORMATION SHEET.

Per la/le vaccinazione/a proposta/e, sono state affrontate le tematiche relative alle rispettive patologie, ai vaccini utilizzati e alle modalità e sede di somministrazione, ai rischi e conseguenze della mancata vaccinazione, alle controindicazioni e ai possibili effetti collaterali.

With regard to the vaccinations suggested, we have discussed the related diseases, vaccines used and the method and place of administration of the vaccination, the risks and consequences of failing to have the vaccination, and any contraindications and possible side effects.

Ho inoltre preso atto che le informazioni fornite sono state recepite dall'utente.
Furthermore, I have taken note that the information supplied has been accepted by the user.

Timbro e Firma del medico/dell' operatore sanitario
Stamp and signature of the Doctor/Health Service worker

Centro Vaccinale di _____

Data ____/____/____

Vaccination Centre of _____

Date ____/____/____