

DICHIARAZIONE di DISSENSO INFORMATO/REVOCA
DÉCLARATION DE DÉSACCORD INFORMATIF/RÉVOCATION

francese/français

Nome e Cognome del vaccinando _____
Prénom et Nom de la personne à vacciner

Nato/a _____ il __/__/__
Né/e _____ le

In caso di minore (dati identificativi dei genitori)
Pour les mineurs (coordonnées des parents)

Padre (Nome e Cognome): _____ nato a _____ il __/__/__
Père (prénom et Nom) né à le

Madre (Nome e Cognome): _____ nato a _____ il __/__/__
Mère (prénom et Nom) né à le

In caso di soggetto incapace:
Pour les sujets déclarés inaptes:

Rappresentante Legale (tutore o altro): _____ nato a _____ il __/__/__
Représentant légal (tuteur ou autre) né/e à le

Identificato tramite _____ rilasciato da _____ il __/__/__
Document d'identité délivré par le

 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,

Je soussigné/e _____ conscient/e des responsabilités et des conséquences civiles et pénales prévues en cas de fausses déclarations et/ou d'élaboration ou d'utilisation d'actes mensongers aux sens et en vertu de l'article 76 du DPR 445/2000 et de ses successives modifications et intégrations, mais aussi en cas d'exhibition d'actes contenant des données ne correspondant plus à la vérité,

DICHIARA sotto la propria responsabilità:
DÉCLARE sous ma propre responsabilité

di aver ricevuto tramite
avoir reçu grâce à:

- materiale informativo (anche multilingue) specifico sull'argomento che mi è stato preventivamente consegnato e di cui ho compreso il contenuto;
- *du matériel informatif (même multilingue) spécifique sur l'argument, matériel qui m'a été préalablement remis et dont j'ai compris le contenu ;*
- colloquio con un medico/operatore sanitario;
- *un entretien avec un médecin/opérateur sanitaire :*

un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:
une information compréhensible, appropriée et exhaustive:

- sulla **modalità di effettuazione** della/e vaccinazione/i e la **via di somministrazione** del/i vaccino/i;
sur les modalités d'exécution de la vaccination/des vaccinations et sur le mode d'administration des vaccins
- sui **vantaggi**, il **grado di efficacia** della vaccinazione nonché sulle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione;
sur les avantages, le degré d'efficacité de la vaccination et même sur les conséquences sanitaires possibles quand l'on décide de ne pas se faire vacciner ;
- sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
sur les conditions pathologiques qui constituent des contre-indications à la vaccination ;
- sugli eventuali **effetti collaterali** della/e vaccinazione/i e probabilità del loro verificarsi, nonché sulle modalità di trattamento;
sur les éventuels effets collatéraux de la vaccination/des vaccinations ,les probabilités qu'ils se manifestent, et sur les modalités de leur traitement ;
- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore **colloquio** per poter acquisire ulteriori informazioni;
sur la possibilité de demander à n'importe quel moment un nouvel entretien pour avoir d'ultérieures informations ;
- sulla possibilità di **revocare** il presente dissenso in qualsiasi momento;
sur la possibilité de révoquer à tout moment mon désaccord ;

- ☐ **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,
- ☐ **d'avoir demandé son avis à l'autre parent** qui n'a pu être présent aujourd'hui et qui m'a déclaré qu'il :

☐ acconsente
consent

☐ non acconsente
refuse

- ☐ **di esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;
- ☐ *d'exercer seul/e l'autorité parentale aux sens de la réglementation en cours;*

e quindi di:
et donc de :

☐ **NON ACCETTARE**
NE PAS ACCEPTER

☐ **REVOCARE¹**
RÉVOQUER

le seguenti vaccinazioni
l'effectuation des vaccinations suivantes

☐ **Esavalente** _____
Vaccination hexavalente

¹ In caso di revoca di un percorso vaccinale in atto e per il quale era già stato espresso valido Consenso.
Dans le cas de la révocation d'un parcours vaccinal en cours et pour le quel avait été exprimé un consentement éclairé.

- ☐ Anti Difterite-Tetano _____
Antidiphtérique- antitétanique
- ☐ Anti Difterite-Tetano-Pertosse-Poliomielite _____
Antidiphtérique- antitétanique-contre la coqueluche- contre la poliomyélite
- ☐ Anti Morbillo-Parotite- Rosolia _____
Contre la rougeole- contre les oreillons-contre la rubéole
- ☐ Antimeningococco _____
Contre le méningocoque
- ☐ Antipneumococco _____
Contre le pneumocoque
- ☐ Anti Papilloma Virus _____
Contre l'haemophilus de type b
- ☐ Altre (comprese le eventuali vaccinazioni singole già incluse in esavalente) _____
Autres vaccinations (y compris les individuelles incluses dans la vaccination hexavalente)

Firma del vaccinando/del genitore/del legale rappresentante
Signature de la personne à vacciner /du parent/ du légal qui le représente

Informativa

Note d'information

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.

Je soussigné/e déclare avoir fourni les renseignements sur la vaccination non acceptée/les vaccinations non acceptées par la personne à vacciner dans un ENTRETIEN INFORMATIF et à l'aide d'une DOCUMENTATION SPÉCIFIQUE à savoir la FICHE INFORMATIVE MULTILINGUE

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.

Pour la vaccination proposée/les vaccinations proposées nous avons affronté les thèmes relatifs aux respectives pathologies, aux vaccins utilisés et aux modalités d'administration, aux risques et aux conséquences que courent ceux qui ne se font pas vacciner, aux contre-indications et aux éventuels effets collatéraux ;

Ho inoltre preso atto che le informazioni fornite sono state recepite dall'utente.

J'ai en outre pris acte que les informations données ont été comprises par l'utilisateur.

Timbro e Firma del Medico/dell'operatore sanitario

Timbre et signature du médecin/opérateur sanitaire

Centro Vaccinale di _____ Data ____/____/____

Centre de vaccination de _____ Date ____/____/____