



Liceo Statale “G. Milli” - Teramo

Liceo Linguistico Liceo delle Scienze Umane Liceo Economico-Sociale
Via G. Carducci, 38 .64100 TERAMO Tel. Presidenza/Segreteria 0861/247750-248851- Fax. 0861/029000
www.milli-lyceum.edu.it e-mail: tepm010004@istruzione.it tepm010004@pec.istruzione.it
Distretto scolastico N. 005 - Cod.Fisc.80003090679 – Codice univoco ufficio UFCJVW

Prot.n.1743/IV.8

Teramo, 27/02/2021

A tutto il personale docente e ATA

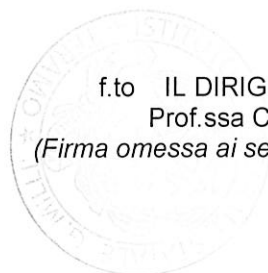
Al D.S.G.A.

Sito web

Al registro elettronico

Oggetto: documentazione per vaccinazione COVID19.

Si informa il personale docente e ATA che, in previsione della prossima seduta di vaccinazione anti COVID 19 del personale scolastico, l'Azienda Sanitaria Locale n. 4 di Teramo ha inoltrato la documentazione da presentare al momento della somministrazione nella sede di convocazione, che sarà a breve comunicata. Si raccomanda al personale di provvedere preventivamente alla compilazione dei documenti allegati.



f.to IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Caterina Provvisiero
(Firma omessa ai sensi dell'art.3 c.2 D.L. n.39/1993)

**Consenso al trattamento dei dati personali**

_____ sottoscritt _____ (cognome e nome) _____

nat ____ a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

residente a _____

via _____ ,n° _____

DATI DEL TUTORE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva**ACCONSENTE**

ai sensi e per gli effetti del **Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR)**, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Letto, confermato e sottoscritto

Data ____ / ____ / ____

Firma utente _____

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Luogo _____

REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (GDPR)

Gentile Signore/a,

Desideriamo informarla che il Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR) prevede la tutela delle persone delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR), pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

- 1 I dati da Lei forniti verranno trattati per tracciare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19.
- 2 Il trattamento sarà effettuato in modalità informatizzata.
- 3 Il conferimento dei dati è **OBBLIGATORIO** per registrare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19 verso il Sistema Sanitario Nazionale e che l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporterebbe la mancata prosecuzione del rapporto.
- 4 I dati potranno essere/saranno comunicati al Servizio Sanitario Nazionale e al Ministero della Salute. Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare lo stato di salute del soggetto vaccinato.
I dati sanitari potranno essere trattati da centri medici specializzati nel valutare l'idoneità alla vaccinazione.
- 5 Il Responsabile del trattamento dei dati personali indicati è INVITALIA, con sede in Via Calabria, 46 - 00187 Roma
- 6 In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR).



Dati personali



_____ sottoscritt _____ (cognome e nome) _____

nat ____ a _____ prov. ____ il _____

DATI DEL TUTORE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____



Consapevole che, ai sensi dell'art. **76 del D.P.R. 445/2000**, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, dichiara sotto la propria responsabilità:

- Operatori Sanitari
- Operatori non Sanitari
- Anziani Lungodegenza
- Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta
- Staff strutture di Lungodegenza

Dichiaro di aver già ricevuto una 1° dose di vaccino nel paese _____
della tipologia _____ in data _____

Data ____ / ____ / ____

Firma utente _____
(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)





Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva*Anamnesi***Da compilare a cura del Vaccinando e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione.**1 Attualmente è malato? SI NO NON SO2 Ha febbre? SI NO NON SO3 Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?
Se sì, specificare: _____ SI NO NON SO4 Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? SI NO NON SO5 Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o
altre malattie del sangue? SI NO NON SO6 Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario?
(Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? SI NO NON SO7 Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario
(esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha
subito trattamenti con radiazioni? SI NO NON SO8 Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici,
oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? SI NO NON SO9 Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al
cervello o al sistema nervoso? SI NO NON SO10 Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?
Se sì, quale/i? _____ SI NO NON SO*Per le donne:*11 È incinta o sta pensando di rimanere incinta nel prossimo mese? SI NO NON SO12 Sta allattando? SI NO NON SO**Specifichi di seguito i farmaci, gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:**



Anamnesi COVID-correlata

1 Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19? SI NO NON SO

2 Manifesta uno dei seguenti sintomi:

- Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?
 - Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?
 - Dolore addominale/diarrea?
 - Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?
-

3 Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? SI NO NON SO

4 Test COVID-19:

- Nessun test** COVID-19 recente
 - Test COVID-19 **negativo** in data: ___ / ___ / ____
 - Test COVID-19 **positivo** in data: ___ / ___ / ____
 - In attesa** di test COVID-19 in data: ___ / ___ / ____
-

Firma utente _____

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Firma medico _____



Anamnestico



Modulo di consenso

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Indirizzo residenza _____

Telefono _____

Codice fiscale _____

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva

- Ho ricevuto, letto e compreso la **Nota Informativa**
- Ho compilato e riesaminato con il Personale Sanitario la **Scheda Anamnestica**
- Ho posto domande in presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione, in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti.
- Sono stato correttamente informato ed ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche.
- Acconsento, richiedo ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino **"COVID-19 Vaccine AstraZeneca"**
- Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarò mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.
- Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per _____ minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino *reazioni avverse immediate*.

Data ____ / ____ / ____

Firma utente _____

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

Luogo _____

Personale Sanitario che ha effettuato la vaccinazione



Consenso