

**DATI IDENTIFICATIVI DEL VACCINANDO**

**NOME COGNOME**

.....  
**DATA di NASCITA**

.....  
**LUOGO di NASCITA**

.....  
**RESIDENZA**

.....  
**Telefono** **Mail**

.....

**Tessera sanitaria (se disponibile)** **CODICE FISCALE**

N. ....

---

**DATI IDENTIFICATIVI DEI GENITORI O DI ALTRI SOGGETTI TITOLARI DELLA POTESTA'  
GENITORIALE**

**1) Genitore/Titolare della potestà genitoriale  
(Nome Cognome)**

.....

nato a ..... il .....

**Documento di identità n.** .....

**Rilasciato da** .....

**Il** ..... **Scadenza** .....

**2) Genitore/Titolare della potestà genitoriale  
(Nome Cognome)**

.....

nato a ..... il .....

**Documento di identità n.** .....

**Rilasciato da** .....

**Il** ..... **Scadenza** .....



\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

**di RIFIUTARE la somministrazione del  
VACCINO COVID 19 "COMIRNATY" (PFIZER/BIONTECH)**

**Data e Luogo** \_\_\_\_\_

**Firma del minore** \_\_\_\_\_

**Firma del 1°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale**

\_\_\_\_\_

**Firma del 2°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale**

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

**Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale**

**Nome e Cognome (Medico)** \_\_\_\_\_

confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

**Firma** \_\_\_\_\_

**Nome e Cognome** \_\_\_\_\_

**Ruolo** \_\_\_\_\_

confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

**Firma** \_\_\_\_\_

*La presenza del 2° sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo Medico, al domicilio o in stato di criticità logistico-organizzativa.*

**N.B.**  
**LA VACCINAZIONE NON POTRA' ESSERE EFFETTUATA IN CASO DI MANCANZA DEI DOCUMENTI SOPRA CITATI**