



**AZIENDA UNITA SANITARIA LOCALE RIETI**  
Via del Terminillo, 42 - 02100 RIETI - Tel. 07462781 - PEC: asl.rieti@pec.it  
C.F. e P.I. 00821180577

### MODULO DI PRESTAZIONE DEL CONSENSO ALLA VACCINAZIONE PER MINORI

Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F.\* \_\_\_\_\_  
Residente in\* \_\_\_\_\_ Via/Piazza\* \_\_\_\_\_ N\* \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_

\*(non obbligatori se l'assistito è uno Straniero non iscritto al SSN in possesso di tesserino STP)

E

Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F.\* \_\_\_\_\_  
Residente in\* \_\_\_\_\_ Via/Piazza\* \_\_\_\_\_ N\* \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_

\*(non obbligatori se l'assistito è uno Straniero non iscritto al SSN in possesso di tesserino STP)

### NELLE RISPETTIVE QUALITA' DI

#### In caso di minore:

Genitore/i, esercente/i la potestà genitoriale sul minore: \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Oppure, in caso di soggetto incapace

Rappresentante Legale (tutore o altro) di: \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### DICHIARANO

1. di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore (se assente) il/la quale, impossibilitato/a a presenziare nella giornata odierna, è stato/a dal/la sottoscritto/a personalmente informato/a della necessità di esecuzione della procedura vaccinale;
2. di aver riferito correttamente le informazioni sul proprio attuale stato di salute o sullo stato attuale di salute del/la proprio/a figlio/a o della persona che legalmente rappresenta;
3. di aver ricevuto informazioni sulla/e malattia/e da prevenire, sulle caratteristiche del/i vaccino/i impiegato/i e sui benefici e potenziali rischi della/e vaccinazione/i e sul numero di somministrazioni previste dal calendario vaccinale vigente;
4. di avere avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente alla vaccinazione;
5. di aver letto e compreso l'informativa ex art. 13 e 14 Regolamento 2016/679/UE "Regolamento generale sulla protezione dei dati personali" della ASL RIETI;
6. di aver compreso che i propri dati e quelli del/la figlio/a saranno trattati nel rispetto delle norme di protezione stabilite dal Regolamento sopra citato;
7. di aver compreso che l'Azienda Sanitaria Locale Rieti, i cui estremi identificativi sono riportati nell'informativa, è titolare del trattamento dei dati e che è necessario conferire e consentire il trattamento dei dati al suddetto titolare per poter essere vaccinati;
8. di aver compreso che la ASL Rieti ha provveduto alla nomina di un Responsabile Protezione Dati raggiungibile all'indirizzo e-mail: [dpo@asl.rieti.it](mailto:dpo@asl.rieti.it).
9. di aver compreso che in questa ASL è attiva una anagrafe vaccinale informatizzata in cui sono conservati i dati relativi alla somministrazione dei vaccini (Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019") e i consensi espressi tramite il presente modulo;
10. di aver compreso che è nei confronti della ASL Rieti che potranno essere esercitati tutti i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento ivi compreso espressamente il diritto di revocare/modificare in qualsiasi momento i consensi espressi nel presente modulo;
11. di aver compreso che il Piano Nazionale Vaccini (cfr. punto 9) invita le ASL a effettuare, per promuovere le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, le così dette "chiamate attive" ovvero inviti personali a sottoporsi alle vaccinazioni;
12. di aver compreso che il trattamento dei dati relativi alle vaccinazioni somministrate è effettuato anche per motivi di interesse pubblico e che detti dati non verranno mai diffusi per nessuna altra finalità;
13. di aver compreso che, gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti effettuato dalla ASL Rieti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

**STANTE TUTTO QUANTO PRECEDE, IL/LA/I SOTTOSCRITTO/A/I**

**Esprime il proprio consenso/diniego alla effettuazione del ciclo di base e dei successivi richiami per le seguenti vaccinazioni**, secondo quanto previsto dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 e del DL 7 giugno 2017 n. 73, come modificato dalla Legge di conversione 31 luglio 2017 n. 119:

- Somministrazione delle vaccinazioni dell'obbligo di cui L. 119/17 previste di norma dal 61° giorno al 15° mese di vita di seguito elencate:

anti Polio	acconsente <input type="checkbox"/>	non acconsente <input type="checkbox"/>	anti Haemophilus HiB	acconsente <input type="checkbox"/>	non acconsente <input type="checkbox"/>
anti Difterite	acconsente <input type="checkbox"/>	non acconsente <input type="checkbox"/>	anti Morbillo	acconsente <input type="checkbox"/>	non acconsente <input type="checkbox"/>
anti Tetano	acconsente <input type="checkbox"/>	non acconsente <input type="checkbox"/>	anti Rosolia	acconsente <input type="checkbox"/>	non acconsente <input type="checkbox"/>
anti Epatite B	acconsente <input type="checkbox"/>	non acconsente <input type="checkbox"/>	anti Parotite	acconsente <input type="checkbox"/>	non acconsente <input type="checkbox"/>
anti Pertosse	acconsente <input type="checkbox"/>	non acconsente <input type="checkbox"/>	anti Varicella	acconsente <input type="checkbox"/>	non acconsente <input type="checkbox"/>

- Somministrazione delle vaccinazioni "fortemente" raccomandate nei primi 24 mesi di vita:

anti Meningococco ACW135Y	acconsente <input type="checkbox"/>	non acconsente <input type="checkbox"/>	anti Rotavirus	acconsente <input type="checkbox"/>	non acconsente <input type="checkbox"/>
anti Meningococco B	acconsente <input type="checkbox"/>	non acconsente <input type="checkbox"/>	anti Pneumococco 13	acconsente <input type="checkbox"/>	non acconsente <input type="checkbox"/>
anti Meningococco C	acconsente <input type="checkbox"/>	non acconsente <input type="checkbox"/>			

- Somministrazione delle vaccinazioni obbligatorie previste di norma al 5°-6° anno di vita:

anti DTPaIPV (antidifterite-tetano-pertosse e antipolio inattivato)	acconsente <input type="checkbox"/>	non acconsente <input type="checkbox"/>	anti Morbillo- Parotite-Rosolia + Varicella (MPR+V)	acconsente <input type="checkbox"/>	non acconsente <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	---	---	-------------------------------------	---

- Somministrazione delle vaccinazioni obbligatorie previste di norma al 12°-18° anno di vita:

anti dTPaIPV (antidifterite-tetano-pertosse e polio inattivato)	acconsente <input type="checkbox"/>	non acconsente <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	---

- Somministrazione delle vaccinazioni raccomandate gratuite come previsto dal Piano Nazionale Vaccini 2017/2019:

anti Papillomavirus (HPV)	acconsente <input type="checkbox"/>	non acconsente <input type="checkbox"/>
anti Meningococco ACW135Y	acconsente <input type="checkbox"/>	non acconsente <input type="checkbox"/>

**DATA**

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma del Medico che ha ricevuto il consenso**

\_\_\_\_\_