



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

ASP  
PALERMO

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PALERMO**PROMISE**  
Dipartimento di Prevenzione delle Salute, Medicina Interna, Medicina Intensiva e Specialistica di Ecologia "G. D'Amato"ASP  
TRAPANI

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

## MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Versione 02 del 09/04/2025

**Titolo del progetto: Vaccinazione con vaccino intranasale antinfluenzale nelle scuole dell'infanzia e primarie pubbliche nel comune di Agrigento, Palermo e Trapani**

**Promotori del progetto: Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.PP. di Agrigento, Palermo e Trapani, Università degli Studi di Palermo – Dipartimento PROMISE – Scuole Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva e Pediatria**

**Referente Vaccinazione: Dott. Gaspare Canzoneri, 0923-543040, epid@asptrapani.it**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

Padre di \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

Madre di \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

### DICHIARO

- di aver ricevuto dai Sanitari esaurienti spiegazioni in merito alla richiesta di partecipazione di mio figlio/a alla vaccinazione con vaccino intranasale nelle scuole dell'infanzia e primarie pubbliche del Comune di Agrigento, Palermo e Trapani secondo quanto riportato nella scheda informativa, facente parte di questo consenso, della quale mi è stata consegnata una copia in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ (*indicare data e ora della consegna*);
- che mi sono stati chiaramente spiegati e di aver compreso la natura, le finalità, le procedure, i benefici attesi, i rischi e gli inconvenienti possibili e le alternative della vaccinazione a scuola;
- che mi sono stati illustrate le controindicazioni al vaccino intranasale (allergia alla gentamicina/proteine dell'uovo, immunodepressione, asma grave), che tuttavia rappresentano forti raccomandazioni alla vaccinazione (intramuscolo inattivata su coltura cellulare);
- di aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatorie e di aver avuto risposte soddisfacenti;
- di aver avuto tutto il tempo necessario prima di decidere se partecipare o meno;
- di non aver avuto alcuna coercizione indebita nella richiesta del Consenso;
- che mi è stato chiaramente spiegato di poter decidere liberamente di non prendere parte allo progetto;
- di essere consapevole dell'importanza (e della mia responsabilità) di informare il pediatra di libera scelta di mio figlio/figlia della vaccinazione da effettuare;



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

ASP  
PALERMO

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PALERMO

Dipartimento di Promozione della Salute, Malattie Infettive, Medicina Interna e Specialistica di Eccellenza "G. D'Adda"

ASP  
TRAPANI

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

**DICHIARO pertanto che mio figlio/a** **aderisca**       **NON aderisca**

Alla vaccinazione in oggetto

 **volere**       **NON volere**

Informare il pediatra di libera scelta di mio figlio/a della partecipazione al progetto e della vaccinazione eseguita

Che Inoltre mio figlio/a ha meno di 9 anni e **NON ha mai effettuato** in precedenza la vaccinazione antinfluenzale e quindi dovràeffettuare una seconda dose a partire da 4 settimane dopo la prima dose    

Nome per esteso del Genitore/Tutore Legale

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Data\_\_\_\_\_  
Firma

Nome per esteso del Genitore/Tutore Legale

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Data\_\_\_\_\_  
Firma

Nome per esteso del bambino/a vaccinando

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Data\_\_\_\_\_  
Firma

Sottoscrivendo questo modulo acconsento al trattamento dei dati personali di mio figlio/a ed al loro caricamento sul portale dell'Anagrafe Vaccinale Regionale per gli scopi del progetto nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornитami con il presente documento.

**NOTA BENE**

una copia del presente modulo, firmato e datato, allegato alle "Informazioni scritte per il Paziente" dovrà essere consegnata al Genitore/Tutore Legale del vaccinando/a