

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 chiarificatrici 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;

Segreteria Tecnico -Scientifica: Responsabile: Grazia Scalici –
Personale Amministrativo: Leto Anna Maria – Donzelli Gabriella-

Saletta Gaetana – Data Manager: Gennusa Vincenzo. Contatti Tel.: 091 6555210 – 091 6555211 – 091 6555212 – 091 6555206
e-mail: celpalermo1@policlinico.pa.it



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PALERMO



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 dovrà

effettuare 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 fornitami 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