



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
ISTITUTO COMPRENSIVO "Don F. Mottola" di TROPEA
Centro Territoriale per la Formazione e l'Istruzione degli Adulti



Tropea, 17 febbraio 2021

Al Personale Docente

Al Personale ATA

Al DSGA

Agli Atti

Oggetto: Adesione al piano di vaccinazione anti-COVID19 – Richiesta raccolta dati.

Si porta a conoscenza che l'ASP di Vibo Valentia ha richiesto l'elenco del Personale Docente e ATA in servizio presso questa Istituzione scolastica che intenda aderire alla campagna di vaccinazione in oggetto.

Pertanto, coloro che intendono sottoporsi alla vaccinazione anti-COVID19 dovranno dare adesione compilando in ogni sua parte il modello E allegato e inviarlo alla mail vvic82200d@istruzione.it ovvero consegnarlo in Segreteria all'attenzione della sign. Forelli **entro e non oltre le ore 14 di venerdì 19 febbraio 2021.**

Solo successivamente, a cura degli interessati e in sinergia con il personale sanitario deputato alla vaccinazione, è prevista la compilazione del modello C, parimenti allegato alla presente comunicazione.

Cordiali saluti

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Francesco FIUMARA

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ex art.3 comma 2 D.LGS.39/93

Responsabile del procedimento

DSGA/Referente COVID
Agr. Giuseppe PONTORIERO

Responsabile dell'istruttoria

A.A. Sig. Caterina FORELLI

REGIONE CALABRIA



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI VIBO VALENTIA



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Direzione Sanitaria Aziendale

Il Direttore

Dott. Matteo Galletta

E

COVID-19 - Manifestazione di interesse vaccinazione riservato al personale scolastico docente ed ATA

Il/La sottoscritto/a Nome / Cognome _____

Profilo Professionale _____

Codice Fiscale _____

Email _____

Numero di cellulare _____

Istituto _____

- acconsente al trattamento dei dati personali per le finalità sopra indicate.
- Esprime la propria volontaria adesione alla campagna di vaccinazione**, autorizzando le strutture preposte ad effettuare quanto di competenza, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi (ART. 76 D.P.R. 445/28.12.2000).
- Non Esprime la propria volontaria adesione alla campagna di vaccinazione**, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi (ART. 76 D.P.R. 445/28.12.2000).

Firma per esteso e leggibile

Inviare a: vaccinazione@asppv.it



Vaccinazione Anti-Covid 19

Scheda Anamnestica



Anamnestico

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? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NON SO |
| 2 | Ha febbre? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NON SO |
| 3 | Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?
Se sì, specificare: _____ | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NON SO |
| 4 | Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NON SO |
| 5 | Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NON SO |
| 6 | Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario?
(Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NON SO |
| 7 | 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? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NON SO |
| 8 | Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici,
oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NON SO |
| 9 | Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NON SO |
| 10 | Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?
Se sì, quale/i? _____ | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NON SO |

Per le donne:

- | | | | | | | | |
|----|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------|
| 11 | È incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NON SO |
| 12 | Sta allattando? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NON SO |

Specifichi di seguito i farmaci, gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:



Vaccinazione Anti-Covid 19

Scheda Anamnestica

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: ___ / ___ / ____

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute

Firma utente _____

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

Firma medico _____