



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, 20 marzo 2021

Prot. n.

Al personale dell'Istituto Comprensivo "Don Francesco
Mottola" di Tropea

OGGETTO: aggiornamento open day vaccini

Vista la comunicazione ricevuta dal Capo dipartimento per le risorse umane, finanziarie e strumentali nel tardo pomeriggio di ieri 19 marzo 2021 di pari oggetto (prot. 0001849), nello spirito di collaborazione istituzionale nei confronti della ASP e delle SSLL, si trasmette che a partire dal 20/03/2021 e fino a domenica 21/03/2021 si effettuerà la vaccinazione anti Covid del personale dei servizi essenziali (docenti, ATA, forze armate e di polizia, tribunale, procura) presso l'ambulatorio vaccinazione del P.O. di Vibo dalle ore 9.00 alle ore 18.00.

A partire dal 22/03/2021, le vaccinazioni saranno effettuate presso la sede del Distretto di Moderata Durant Vibo Valentia dalle ore 9.00 alle ore 18.00.

Mercoledì 24/3/2021 si effettuerà l'Open Day per il personale dei servizi essenziali presso il Palavalentia sito in viale della Pace Vibo Valentia dalle ore 9.00 alle ore 18.00.

Per la prenotazione è previsto l'utilizzo della piattaforma raggiungibile tramite il link ivi allegato e la preventiva compilazione per la parte anagrafica delle schede A, B, C, D.

Link prenotazione servizi essenziali:

<https://prenotazioni.vaccinicoovid.gov.it/cit/#/login>

Il Dirigente scolastico
Prof. Francesco FIUMARA
(Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n. 39/1993)



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 _____

B

Vaccinazione Anti-Covid 19

Autocertificazione

___ sottoscritt ___ (cognome e nome) _____

nat ___ a _____ prov. _____ il _____

DATI DEL TUTORE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva

Consapevole che, ai sensi dell'art. **76 del D.P.R. 445/2000**, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, dichiara sotto la propria responsabilità di appartenere a una delle seguenti categorie:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Frequenza comunità (es.asilo) | <input type="checkbox"/> Personale di Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Convivente di soggetto ad alto rischio | <input type="checkbox"/> Residenza in area a maggior rischio |
| <input type="checkbox"/> Detenuto | <input type="checkbox"/> Altra attività lavorativa a rischio |
| <input type="checkbox"/> Età > 60 | <input type="checkbox"/> Donatori di Sangue |
| <input type="checkbox"/> Forze di Polizia | <input type="checkbox"/> Operatore Scolastico |
| <input type="checkbox"/> Vigili del Fuoco | <input type="checkbox"/> Staff strutture di Lungodegenza |
| <input type="checkbox"/> Donna in gravidanza | <input type="checkbox"/> Studente dell'Area Sanitaria |
| <input type="checkbox"/> Operatore Sanitario | <input type="checkbox"/> Volontario del settore della Sanità |
| <input type="checkbox"/> Operatori non Sanitari | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> Anziani Lungodegenza | <input type="checkbox"/> Soggetto vulnerabile per Patologia |
| <input type="checkbox"/> Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta | <input type="checkbox"/> Nessuna indicazione |

Dichiaro di aver già ricevuto una 1° dose di vaccino nel paese _____
della tipologia _____ in data _____

Data ___ / ___ / ___

Firma utente _____

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



Autocertificazione



Vaccinazione Anti-Covid 19

Modulo di Consenso

Nome e Cognome _____

Data di Nascita _____

Luogo di Nascita _____

Indirizzo residenza _____

Telefono _____

Codice Fiscale _____

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva

- ✓ Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa, di cui ricevo copia.
- ✓ Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica.
- ✓ In presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione ho posto domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- ✓ Sono stato correttamente informato con parole a me chiare, ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose.
- ✓ Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.
- ✓ Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

Accconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino **"Pfizer-BioNTech COVID-19"**

Accconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino **"COVID-19 Vaccine Moderna"**

Accconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino **"COVID-19 Vaccine AstraZeneca"**

Data ____ / ____ / ____

Firma utente _____

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

Luogo _____

Personale Sanitario che ha effettuato la vaccinazione

Nome e Cognome _____ Ruolo _____

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma _____



A

Vaccinazione Anti-Covid 19

Consenso al trattamento dei dati personali



Dati personali

_____ sottoscritt _____ (cognome e nome)

_____ nat _____ a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

residente a _____

via _____ ,n° _____

DATI DEL TUTORE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva

ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti del **Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR)**, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Letto, confermato e sottoscritto

Data _____ / _____ / _____

Luogo _____

Firma utente _____

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

REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (GDPR)

Gentile Signore/a,
Desideriamo informarLa che il Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR) prevede la tutela delle persone delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR), pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

- 1 I dati da Lei forniti verranno trattati per tracciare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19.
- 2 Il trattamento sarà effettuato in modalità informatizzata.
- 3 Il conferimento dei dati è **OBBLIGATORIO** per registrare l'avvenuta somministrazione del vaccino Anti-Covid 19 verso il Sistema Sanitario Nazionale e che l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporterebbe la mancata prosecuzione del rapporto.
- 4 I dati potranno essere/saranno comunicati al Servizio Sanitario Nazionale e al Ministero della Salute.
Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare lo stato di salute del soggetto vaccinato.
I dati sanitari potranno essere trattati da centri medici specializzati nel valutare l'idoneità alla vaccinazione.
- 5 Il Responsabile del trattamento dei dati personali indicati è INVITALIA, con sede in Via Calabria, 46 - 00187 Roma
- 6 In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (DGPR).