



Certif. UNI EN ISO 9001:2015
Certif. UNI ISO 29990:2011
Attività extracurriculare



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della
Ricerca

Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia



Certif. n. 50 100 14484 rev. 002
Attività Curriculare



I.T.T.L. "CAIO DUILIO" Istituto Tecnico Nautico

Conduzione del Mezzo Navale (CMN) – Conduzione di Apparati e Impianti Marittimi (CAIM)
Logistica – Costruttori del Mezzo Navale

**A TUTTO IL PERSONALE SCOLASTICO
E RELATIVI FAMILIARI**

AVVISO HUB VACCINALE DEL 25/01/2002

In occasione dell'Hub vaccinale del 25/01/2022, rivolto a Personale Docente, Personale ATA, Alunni, ed ai relativi familiari, organizzato presso la palestra dell'ITTL "Caio Duilio" si invitano le SS.LL. a prenotare l'inoculazione del vaccino tramite l'utilizzo dei seguenti moduli google, entro e non oltre le ore 20:00 di giorno 24/01/2022.

Ogni modulo accetta solo il n. di prenotazioni indicate nella tabella sottostante.

Completato il modulo verrà inviata alla mail indicata in fase di compilazione, un riepilogo delle risposte indicate. *(Mail valida come prenotazione)*

PRENOTAZIONI HUB VACCINALE DEL 25/01/2022

| <i>Turno</i> | <i>Fascia oraria</i> | <i>Link al modulo di prenotazione</i> | <i>n. max prenotazioni</i> |
|--------------|----------------------|---|----------------------------|
| 1 | Ore 12:00-13:00 | https://forms.gle/BWqCclg15AGyvKiH7 | 15 |
| 2 | Ore 13:00-14:00 | https://forms.gle/pFLscADfYuzgneri8 | 30 |
| 3 | Ore 14:00-15:00 | https://forms.gle/uDCi3R5mgMxzDcAA9 | 30 |
| 4 | Ore 15:00-16:00 | https://forms.gle/yJszi67HZfie3fW6 | 30 |
| 5 | Ore 16:00-17:00 | https://forms.gle/bsYeqBLRXXbBkwnF7 | 30 |
| 6 | Ore 17:00-17:30 | https://forms.gle/YrSTQ21WdtHw6m2L6 | 10 |

Si ricorda infine:

- Che gli alunni minorenni dovranno essere accompagnati da 1 solo genitore/tutore
- Che è necessario esibire tessera sanitaria
- Che è necessario esibire mail di prenotazione
- Di rispettare l'orario di prenotazione
- Che è consigliabile compilare preventivamente i moduli allegati alla presente

Messina 21/01/2022

F.to Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Maria Schirò



Via G. La Farina n. 70 – 98123 MESSINA
Uffici Presidenza Segreteria 0902931850 - Vicepresidenza 090693423
Sede via Maddalena 0906510626 – Fax: 0902931850
email: meth01000t@istruzione.it - pec: meth01000t@pec.istruzione.it
Codice Fiscale: 80004460830 - Codice meccanografico METH01000T

Nome e Cognome del vaccinando

Nato/a _____ il ____ / ____ / 20 ____

Dati identificativi dei genitori o del Rappresentante Legale

Padre (Nome e Cognome): _____ nato il ____ / ____ / ____

a _____

Madre (Nome e Cognome): _____ nato il ____ / ____ / ____

a _____

Rappresentante Legale (tutore o altro): _____ nato il ____ / ____ / ____

a _____

____ sottoscritt / _____ consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

DICHIARA sotto la propria responsabilità:

di aver ricevuto tramite

- materiale informativo specifico sull'argomento che è stato preventivamente reso disponibile e di cui ho compreso il contenuto;
- colloquio con un medico/operatore sanitario:

un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:

- sulla **modalità di effettuazione** della/e vaccinazione/i e la **via di somministrazione** del/i vaccino/i;
- sui **vantaggi**, il **grado di efficacia** e gli **effetti collaterali** della vaccinazione nonché delle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione;
- sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
- sugli eventuali **effetti collaterali** della/e vaccinazione/i e probabilità del loro verificarsi, nonché delle possibilità e modalità di loro trattamento;
- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore **colloquio** per poter acquisire ulteriori informazioni;
- sulla possibilità di **revocare** il presente consenso in qualsiasi momento, con conseguente mancata o ridotta (se trattasi di ciclo vaccinale a più dosi non completato) protezione nei confronti della/e malattia/e per cui si vaccina;

di essere stato invitata/o a trattenere il minore vaccinato presso l'Ambulatorio per i **quindici minuti successivi** alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini;

di aver riferito corrette informazioni sullo stato di salute del vaccinando;

- di **aver acquisito l'assenso dell'altro genitore**, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna;
- di **esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;

e quindi di **ACCETTARE la seguente vaccinazione proposta:**

| | Accetto | firma |
|--|----------------|--------------|
| VACCINO COVID 19 COMIRNATY (PFIZER) | | |
| VACCINO SPIKEVAX (MODERNA) | | |

Firma dei genitori/del legale rappresentante

Informativa

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla vaccinazione, accettata dal vaccinando, Per la vaccinazione proposta, sono state affrontate le tematiche relative alle rispettive patologie, a vaccino utilizzato e alle modalità e sede di somministrazione, ai rischi e conseguenze della mancata vaccinazione, alle controindicazioni e ai possibili effetti collaterali e sono state fornite indicazioni sulla normativa (L.210/92) in caso di eventi avversi gravi alle vaccinazioni obbligatorie.

Ho inoltre verificato che le informazioni fornite sono state recepite con soddisfazione dall'utente.

Timbro e Firma del medico/dell'operatore sanitario

Centro Vaccinale di _____ Data ____/____/____

**Consenso al trattamento dei dati personali**

Dati personali

_____ sottoscritt _____ (cognome e nome) _____

_____ nat _____ a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

residente a _____

via _____ ,n° _____

DATI DEI GENITORI/TUTORI/AFFIDATARI

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 _____ / _____ / _____

Firma utente _____

(Firma della persona che riceve il vaccino o dei genitori/tutori/affidatari)

Luogo _____

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/Antinfluenzale.
- 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).

Autocertificazione

___ sottoscritt ___ (cognome e nome) _____

nat ___ a _____ prov. _____ il _____

DATI DEI GENITORI/TUTORI/AFFIDATARI

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 _____ | <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 dei genitori/tutori/affidatari)





Anamnestico

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

DATI DEL GENITORE/TUTORE/AFFIDATARIO

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? SI NO NON SO

2 Ha febbre? SI NO NON SO

3 Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?
Se sì, specificare: _____ SI NO NON SO

4 Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? SI NO NON SO

5 Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? SI NO NON SO

6 Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario?
(Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? SI NO 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? SI NO 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? SI NO NON SO

9 Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? SI NO NON SO

10 Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?
Se sì, quale/i? _____ SI NO NON SO

Per le donne:

11 È incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? SI NO NON SO

12 Sta allattando? SI NO NON SO

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



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 dei genitori/tutori/affidatari)

Firma medico _____

Modulo di Consenso

Nome e Cognome _____

Data di Nascita _____

Luogo di Nascita _____

Indirizzo residenza _____

Telefono _____

Codice Fiscale _____

DATI DEI GENITORI/TUTORI/AFFIDATARI

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 redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: _____
- ✓ Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.
- ✓ Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mi 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, o dose di richiamo/booster.
- ✓ 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.

Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino:

- "COMIRNATY (BioNTech/Pfizer)" "COVID-19 Vaccine Moderna"
 "Vaccino Vaxzevria-AstraZeneca" "COVID-19 Vaccine Janssen"
 "Vaccino Antinfluenzale" _____ Lotto _____

Data ____/____/____

Firma utente _____

(Firma della persona che riceve il vaccino o dei genitori/tutori/affidatari)

Luogo _____

Rifiuto la somministrazione del vaccino " _____ "

Data ____/____/____

Firma utente _____

(Firma della persona che riceve il vaccino o dei genitori/tutori/affidatari)

Luogo _____

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccini Anticovid/Antinfluenzale

Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario) _____

Ruolo _____

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

Firma _____

(Supervisore)

Firma _____

(Inoculatore)



Avvenuta somministrazione



Vaccinazione Anti-Covid 19

l'Italia rinasce con un fiore

Firma sanitario _____

Applica qui
l'etichetta
adesiva

Vaccino Antinfluenzale

Tipo _____

Lotto _____

Data somministrazione _____

Firma Sanitario _____