

## Regione CAMPANIA - ASL Napoli 1 Centro

### Campagna vaccinazione antinfluenzale 2024-2025 - Utenti età ultrasessantacinquenni

Il/La sottoscritto/a CONSAPEVOLE delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione ad 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**, pur avendo ricevuto tramite colloquio con il medico curante una informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:

- sulla modalità di effettuazione della vaccinazione e la via di somministrazione del vaccino;
- sui vantaggi, grado di efficacia della vaccinazione, nonché sulle possibili conseguenze sanitarie derivanti dalla mancata vaccinazione;
- sugli eventuali effetti collaterali e probabilità del loro verificarsi, nonché sulle modalità di trattamento
- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore colloquio per poter acquisire ulteriori informazioni;
- sulla possibilità di revocare il presente dissenso in qualsiasi momento

**DI NON ACCETTARE** l'offerta della vaccinazione Antinfluenzale come da motivazione indicata :

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Sesso	Data dissenso	Categoria a rischio				Firma
					1	2	3	4	
1			MF		1	2	3	4	
2			MF		1	2	3	4	
3			MF		1	2	3	4	
4			MF		1	2	3	4	
5			MF		1	2	3	4	
6			MF		1	2	3	4	
7			MF		1	2	3	4	
8			MF		1	2	3	4	
9			MF		1	2	3	4	
0			MF		1	2	3	4	

\* Legenda: segnare una X sul numero corrispondente alla motivazione

- (1) Mi sono vaccinato in passato, ma mi sono ugualmente ammalato di influenza**
- (2) Anche se il medico curante mi ha informato sui benefici, comunque mi fido poco dei vaccini e sono contrario alla vaccinazione**
- (3) Quando mi sono vaccinato ho avuto effetti collaterali**
- (4) Non è grave ammalarsi di influenza e non c'è bisogno di evitarla**