



LICEO STATALE "G. Tarantino"
Scientifico - Scientifico opzione Scienze Applicate
Classico - Linguistico - Musicale

Via Quasimodo, 4 - 70024 Gravina in Puglia (BARI)
baps07000g@istruzione.it – baps07000g@pec.istruzione.it
Tel. 080.3267718 - Fax 080.3267789 – c.f. 82014370728



Comunicazione n.295

Gravina in Puglia, 25/08/2021

Agli studenti
Ai genitori
Al registro elettronico
Al sito web

Oggetto: Comunicazione ASL Bari. Piano di Vaccinazione studenti per il giorno 26/08/2021 presso l'HUB di Gravina in Puglia.

Si allega comunicazione della ASL – SISP Gravina in Puglia relativa alla programmazione vaccinazioni scuole.

- Liceo Statale "G. Tarantino" per il giorno 26/08/2021
 - TRIENNIO mattina dalle ore 08:30 alle ore 12:30;
 - BIENNIO pomeriggio dalle ore 15:00 alle ore 18:00.



per Il Dirigente Scolastico
(Prof. Berardo Guglielmi)
Prof. Giovanni Ragone

Allegati:
Mail della USL
Modello Consenso
Delega per i Minori

DELEGA PER LA VACCINAZIONE anti-COVID-19 nei MINORI

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

Io sottoscritto/a (nome e cognome del genitore che non può essere presente alla vaccinazione)

Documento _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data _____

Rec. Telefonico _____

Padre / Madre di (nome e cognome) _____

Nato/a a _____ il _____

Impossibilitato ad essere presente **esprimo il mio consenso alla somministrazione del suddetto vaccino e al trattamento dei dati personali e**

DELEGO

Il /la Sig./Sig. ra (nome e cognome) _____

_____ Padre / Madre del minore

Documento _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data _____

a **representarmi** presso l'Ambulatorio vaccinale per la vaccinazione di **NOSTRO/A FIGLIO/A**

(nome e cognome) _____

IN DATA _____

Si allega alla presente fotocopia del documento d'identità del dichiarante

(luogo, data)

firma del Delegante

**MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTI-COVID-19
PER MINORI DI ANNI 18**

DATI IDENTIFICATIVI DEL VACCINANDO

Cognome Nome.....

Data di nascita.....Luogo di nascita.....

Residenza.....

TelefonoMail

Numero tessera sanitaria (se disponibile).....

Codice fiscale.....

**DATI IDENTIFICATIVI DEI GENITORI O DI ALTRI SOGGETTI TITOLARI DELLA POTESTA'
GENITORIALE**

1) Genitore/Titolare della potestà genitoriale

Cognome Nome.....

nato a il

Documento di identità n.

Rilasciato dail.....

Scadenza

2) Genitore/Titolare della potestà genitoriale

Cognome Nome.....

nato a il

Documento di identità n.

Rilasciato dail.....

Scadenza

Il sottoscritt/_____ /
consapevole/i 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/DICHIARANO
sotto la propria responsabilità:

- di aver letto, di aver ricevuto illustrazioni in una lingua nota e di aver del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino:_____
- di aver riferito al Medico le patologie del minore, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione;
- di aver avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del minore ottenendo risposte esaurienti e da me/noi comprese;
- di essere stato adeguatamente informato con parole a me/noi chiare;
- di aver compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione del minore, 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, se prevista;
- di essere consapevole/i che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà responsabilità del genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale informare immediatamente il Medico curante del minore e seguirne le indicazioni;
- di accettare di rimanere con il minore nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate;
 - o di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, mediante delega scritta corredata da copia di documento di identità (in allegato);
 - o di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente;

SPAZIO RISERVATO AD EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL TRIBUNALE DEI MINORI
RELATIVAMENTE ALLA POTESTA' GENITORIALE

Provvedimento del Tribunale dei Minori di
n. data

di ACCONSENTIRE ED AUTORIZZARE la somministrazione del VACCINO COVID 19_____

Data e Luogo _____

Firma del minore _____

Firma del 1° genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale

Firma del 2° genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale

di RIFIUTARE la somministrazione del VACCINO COVID 19 _____

Data e Luogo _____

Firma del minore _____

Firma del 1°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale _____

Firma del 2°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale _____

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

Cognome e Nome (Medico) _____

confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

Firma _____

Cognome e Nome e _____ Ruolo _____

confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

Firma _____

La presenza del 2° sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo Medico, al domicilio o in stato di criticità logistico-organizzativa.

N.B. LA VACCINAZIONE NON POTRA' ESSERE EFFETTUATA IN CASO DI MANCANZA DEI DOCUMENTI SOPRA CITATI