

## CONFERMA DEL CONSENSO INFORMATO PER LA SECONDA DOSE DEL VACCINO ANTI-COVID

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### CONFERMO

Quanto sottoscritto nel CONSENSO INFORMATO firmato in occasione della I DOSE del vaccino

- Covid 19 \_\_\_\_\_

Avvenuta in data \_\_\_\_\_ ed inoltre

### DICHIARO

- Di NON AVER manifestato reazioni avverse importanti e/o di NON AVER sviluppato condizioni cliniche/patologiche incompatibili con la vaccinazione;
- Di AVER manifestato reazioni avverse importanti e/o di NON AVER sviluppato condizioni cliniche/patologiche incompatibili con la vaccinazione tipo:

\_\_\_\_\_ dopo la prima

somministrazione del vaccino.

Acconsento, dunque, alla somministrazione della II DOSE del vaccino:

- Covid 19 \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Vaccinando \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore sanitario \_\_\_\_\_

SITO DI INIEZIONE	N. LOTTO E SCADENZA	DATA E ORA DI SOMMINISTRAZIONE	LUOGO DI SOMMINISTRAZIONE	FIRMA OPERATORE SANITARIO