



DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO SULLA VACCINAZIONE ANTI-PAPILLOMAVIRUS (HPV) E SULLE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE/RACCOMANDATE PREVISTE NEL CALENDARIO VACCINALE NEI MINORENNI

In occasione dell'intervento informativo svolto presso la Scuola frequentata da Vostro/a figlio/a, i Medici dell'U.O.C. di Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina Preventiva dell'ASP di Trapani offrono la possibilità di eseguire la vaccinazione per i Vostri figli a seguito della compilazione del presente modulo di consenso informato

Dati identificativi del soggetto vaccinando

Nome.....Cognome.....

Nato a.....il/.../.....

Dati identificativi dei genitori

Padre: Nome.....Cognome.....

Nato a.....il/.../.....

Tipo di documento.....n°.....scadenza il...../.../.....

Madre: Nome.....Cognome.....

Nata a.....il/.../.....

Tipo di documento.....n°.....scadenza il...../.../.....

Eventualmente dati identificativi del Tutore

Nome.....Cognome.....

Nato a.....il/.../.....

Tipo di documento.....n°.....scadenza il...../.../.....

Recapito telefonico di riferimento per inviare promemoria sulle vaccinazioni

Tel/cell.....

Eventuale esecuzione vaccinazione anti-HPV in precedenza

1° dose..... 2° dose..... Centro di Vaccinazione.....

Si raccomanda di portare il proprio libretto vaccinale in caso di consenso all'esecuzione della vaccinazione