ISTITUTO COMPRENSIVO POLO 2

"Renata Fonte"

Via Mauro Manieri n. 20 - 73048 Nardò (LE)

Tel. 0833-562691 – www.comprensivonardo2.edu.it –

E-mail: *LEIC89700R@istruzione.it* – *LEIC89700R@pec.istruzione.it*

Cod. Mecc.: LEIC89700R - Cod. Fisc.: 82002180758

I. C. POLO 2 "R. FONTE"- NARDO'
Prot. 0005454 del 27/08/2021
A08 (Uscita)

Ai Sigg. Genitori degli alunni
di età pari o superiore ad anni 12
LORO SEDI
Al sito istituzionale

Oggetto: DGR 472/21-Piano Strategico Regionale Vaccinazione anti Covid 19 –Campagna di vaccinazione della popolazione studentesca di età compresa tra i 12 anni (già compiuti) e i 17 anni non in condizioni di fragilità

In riferimento all'oggetto, si informano i Sigg. genitori che il Dipartimento di Prevenzione S.I.S.P. Nardò, con nota del 25/08/2021 ha reso noto quanto segue:

- ✓ la vaccinazione della popolazione studentesca dell'Istituto Comprensivo polo 2 "Renata Fonte" di età compresa tra i 12 anni (già compiuti) e i 17 anni, non in condizioni di fragilità, si svolgerà il **7 settembre 2021 presso il Servizio di Vaccinazioni di Nardò sito in Piazza Croce Rossa 2**, **dalle ore 15 alle ore 18.00;**

- ✓ il consenso informato, che si allega in copia (allegato 1), dovrà essere compilato e firmato da entrambi i genitori, se vi fosse un solo accompagnatore, questi dovrà esibire delega (allegato 2) dell'altro genitore allegando copia di un documento di identità valido;

- ✓ l'anamnesi (allegato 3) dovrà essere compilata e firmata dai genitori e dal vaccinando;

- ✓ qualora il minore venga accompagnato da altra persona delegata, questa dovrà presentarsi munita di documento di identità ed esibire delega di entrambi i genitori, allegando copia dei loro documenti di identità validi.

Al fine di agevolare le operazioni di somministrazione del vaccino, si invitano le SS.LL. a rispettare orientativamente la seguente scansione oraria:

- ➢ Dalle ore 15.00 alle ore 16.30 alunni delle sezioni A,B,C;
- ➢ Dalle ore 16.30 alle ore 18.00 alunni delle sezioni D,E,F;

Tanto per gli adempimenti di competenza.
Distinti saluti.

La presente ha valore di notifica a tutti gli interessati.

Si allega:
Consenso informato;
Delega per la vaccinazione;
Scheda anamnestica.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Mariagiuditta LEACI
documento firmato digitalmente ai sensi del c.d. Codice dell'Amministrazione Digitale e normativa connessa

ASL Lecce
PugliaSalute

MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTI-COVID19
FASCIA DI ETA' DA 12 ANNI COMPIUTI A 18 ANNI NON COMPIUTI
COMIRNATY (BioNTech/Pfizer)

l'Italia rinasce con un fiore vaccinazione anti-Covid 19

DATI IDENTIFICATIVI DEL VACCINANDO

NOME COGNOME

…….....

DATA di NASCITA

…….....

LUOGO di NASCITA

…….....

RESIDENZA

…….....…….....

Telefono **Mail**

…….. .....

Tessera sanitaria (se disponibile) **CODICE FISCALE**

N. ……..... .....

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

1) Genitore/Titolare della potestà genitoriale
(Nome Cognome)

…….....

nato a ……..... **il** ……

Documento di identità n. ……..….....……

Rilasciato da …….....….....

Il……..... **Scadenza** ……....……

2) Genitore/Titolare della potestà genitoriale
(Nome Cognome)

…….....

nato a …….....**il** ……

Documento di identità n. ……..…….....

Rilasciato da …….....

Il……..... **Scadenza** ……....……

_l_ 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: "Comirnaty" di Pfizer/BioNTech (Versione 04. del 16/06/2021- 0027471-18/06/2021-DGPRE-DGPRE-P - Allegato Utente 2 (A02)
- 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;

☐ ***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);***

☐ ***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 "COMIRNATY" (PFIZER/BIONTECH)

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 "COMIRNATY" (PFIZER/BIONTECH)

***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

Nome e Cognome (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 _____

Nome e Cognome _____

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

ASL Lecce
PugliaSalute

DELEGA VACCINAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il_____

residente in via _____ CAP _____ Città _____

Codice Fiscale _____

Documento di identità n. _____ rilasciato da _____

il _____

DELEGA

il/la sig./sig.ra _____nato/a _____ il _____

residente in via _____ CAP _____ Città _____

Codice Fiscale _____

Documento di identità n. _____ rilasciato da _____

il _____

a (indicare il tipo di operazione per cui si effettua la delega)

_____

_____

_____

_____

Luogo e Data

Firma Delegante

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante
Allegare anamnesi e consenso ad effettuare la vaccinazione

IL DELEGATO SI PRESENTI CON DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19

SCHEDA ANAMNESTICA

Da compilare a cura del Vaccinando e
da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione.

Cognome e Nome	Telefono

ANAMNESI PREVACCINALE	**SI**	**NO**	**NON SO**
Attualmente è malato?			
Ha febbre?			
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se si, specificare:			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?			
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?			
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (ad esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?			
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?			
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?			
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?			
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se si, quale/i?			
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?			
Per le donne			
- E' incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
- Sta allattando?			

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19

SCHEDA ANAMNESTICA

ANAMNESI COVID-CORRELATA	**SI**	**NO**	**NON SO**
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da SARS-CoV-2 o affetta da COVID-19?			
Manifesta uno dei seguenti sintomi?			
Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali			
Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto			
Dolore addominale/diarrea			
Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
Test COVID-19:			
Test COVID-19 recente (Data: .....)			
In attesa di test COVID-19 (Data: .....)			
Test COVID-19 Negativo (Data: .....)			
Test COVID-19 Positivo (Data: .....)			

Data e luogo
Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante Legale