

DICHIARAZIONE di DISSENSO INFORMATO/REVOCA

අකමැත්ත ප්‍රකාශය/කැමැත්ත ඉල්ලා අස්කර ගැනීම

Nome e Cognome del vaccinando
එන්නත් ලබන්නාගේ නම හා වාසගම

Nato/a **il** ./../.....
උපන් ස්ථානය දිනය

In caso di minore (dati identificativi dei genitori)

බාලවයස්කරයෙක් නම් (දෙමව්පියන්ගේ විස්තර)

Padre (Nome e Cognome): **nato a** **il** ./../.....
පියා (නම හා වාසගම) උපන් ස්ථානය දිනය

Madre (Nome e Cognome) : **nata a** **il** ./../.....
මව (නම හා වාසගම) උපන් ස්ථානය දිනය

In caso di soggetto incapace:

ස්වයං තීරණ ගැනීමට නොහැකි පුද්ගලයෙක් නම්::

Rappresentante Legale (tutore o altro):..... **nato/a a** **il** ./../.....
වෙනුවෙන් පෙනී සිටින නිව්වේදි (හෝ වෙනත් බලයලත් අයෙක්) උපන් ස්ථානය දිනය

Identificato tramite **rilasciato da** **il**
හඳුනාගැනීමේ ක්‍රමය නිකුත් කළ ස්ථානය දිනය

 1 sottoscritt/_/..... consapevole 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,

ඉහත නම සඳහන් මම.....සාවද්‍ය තොරතුරු
සැපයීමෙන් හා/හෝ අසත්‍ය ප්‍රකාශ සඳහන් කිරීමෙන් D.P.R.445/2000 නීතියේ 76 වෙනි වගන්තිය යටතේ
වරදකරු විය හැකි බව අවබෝධයෙන් යුතු බවත්,

DICHIARA sotto la propria responsabilità:

වගකීමෙන් යුතුව ප්‍රකාශ කර සිටින්නේ:

di aver ricevuto tramite මා තොරතුරු ලද මාර්ග

➤ materiale informativo (anche multilingue) specifico sull'argomento che mi è stato
preventivamente consegnato e di cui ho compreso il contenuto;

➤ මා වෙත කළින් සැපයූ අදාළ මාතෘකාව පිළිබඳ සවිස්තරාත්මක කරුණු (විවිධ භාෂාවෙන්)
අවබෝධ වූ බවත්,

➤ colloquio con un medico/operatore sanitario:
වෛද්‍යවරයෙක්/සෞඛ්‍ය නිලධාරියෙක් සමඟ සාකච්ඡා කිරීමෙන්

un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:

අදාළ තොරතුරු තේරුම් ගත හැකි අයුරින් පහත සඳහන් දෑ විස්තර කෙරේ:

➤ sulla **modalità di effettuazione** della/e vaccinazione/i e la **via di somministrazione** del/i vaccino/i;

එන්නත/එන්නත් ලබා දෙන පිළිවෙල හා එන්නත ශරීරගත කරන ක්‍රමය

➤ sui **vantaggi**, il **grado di efficacia** della vaccinazione nonché sulle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione;

ඉන් අත්වන වාසි හා ප්‍රතිලාභ මෙන්ම එන්නත ලබා නොගැනීමෙන් විය හැකි සෞඛ්‍ය ගැටළු

➤ sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;

එන්නත ලබා නොගැනීමට බල පෑ හැකි වෙනත් සෞඛ්‍ය තත්ත්වයන්

➤ sugli eventuali **effetti collaterali** e probabilità del loro verificarsi, nonché sulle modalità di trattamento;

මතු විය හැකි අතුරු ආබාධ හා එවැනි විටෙක ගත හැකි ක්‍රියාමාර්ග හා පිළිවෙත්

➤ sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore **colloquio** per poter acquisire ulteriori informazioni;

➤ අවශ්‍ය වූ ඕනෑම විටෙක, සවිස්තරාත්මක දැනුම ලබා ගැනීමට සාකච්චාවක් ලබා ගැනීමට හැකි වීම;

➤ sulla possibilità di **revocare** il presente dissenso in qualsiasi momento;

අවශ්‍ය වූ විටෙක මෙම අකැමැත්ත ප්‍රකාශය ඉල්ලා අස් කරගැනීමට හැකි වීම;

☐ **di aver acquisito il parere dell'altro genitore assente** ed impossibilitato a presenziare nella giornata odierna

il quale mi ha dichiarato che, relativamente all'effettuazione delle vaccinazioni,

එන්නත ලබා දෙන දිනයේ නොපැමිණි මව හෝ පියාගේ අදහසට අනුව එන්නත ලබා ගැනීමට,

☐ acconsente **කැමැතියි**

☐ non acconsente **අකැමැතියි**

☐ **di esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;

පිළිගත් ආකාරයට තනි කැමැත්තට/දෙමව්පියන්ගේ අවසරය මත;

e quindi di:

☐ **NON ACCETTARE**

අකමැති වෙමි

☐ **REVOCARE¹**

කැමැත්ත අවලංගු කරමි

¹In caso di revoca di un percorso vaccinale in atto e per il quale era già stato espresso valido Consenso.

කළින් සිය කැමැත්ත ප්‍රකාශ කොට තිබූ එන්නත් සඳහා අදාළ වේ.

le seguenti vaccinazioni

පහත සඳහන් එන්නත්

☐ **Esavalente**

ත්‍රිත්ව එන්නත ඇතැම් තව එන්නත් තුනක්

☐ **Anti Difterite-Tetano**

ගලපටලය - පිටිටගැස්ම වැළැක්වීමට

☐ **Anti Difterite-Tetano-Pertosse-Poliomielite**

ගලපටලය - පිටිගැස්ම - කක්කල් කැස්ස- පෝලියෝ වැළැක්වීමට

☐ **Anti Morbillo-Parotite- Rosolia**

සරම්ප - කම්මුල්ගාය - ජර්මන් සරම්ප වැළැක්වීමට

☐ **Antimeningococco**

මෙනින්ජයිටිස් වැළැක්වීමට

☐ **Antipneumococco**

නියුමෝනියාව වැළැක්වීමට

☐ **Anti Papilloma Virus**

ගැබ්ගෙළ පිළිකා සාධක වෛරස් වැළැක්වීමට

☐ **Altre (comprese le eventuali vaccinazioni singole già incluse in esavalente)**

අනිකුත් (පළමුවෙන් සඳහන් කළ ඔහු එන්නතේ අඩංගු සියළු එන්නත් ඇතුළුව)

Firma del vaccinando/del genitore/del legale rappresentante

එන්නත ලබන්නාගේ/දෙමව්පියන්ගේ/නියෝජිතයාගේ අත්සන

.....

Informativa

සැලකිය යුතුයි

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla/i vaccinazione/i non accettata/e dal vaccinando, attraverso COLLOQUIO INFORMATIVO e DOCUMENTAZIONE SPECIFICA ovvero SCHEDA INFORMATIVA MULTILINGUE.

පහත නම සඳහන් මව්පියන් එන්නත ලබන්නා හට එම එන්නත/එන්නත් පිළිබඳව දැන ගත යුතු අදාළ සියලුම තොරතුරු සාකච්ඡා කිරීමෙන් හා විවිධ භාෂාවෙන් පරිවර්ථනය කළ පත්‍රිකා මගින් දැනුවත් කළෙමි.

Per la/le vaccinazione/i proposta/e, sono state affrontate le tematiche relative alle rispettive patologie, ai vaccini utilizzati e alle modalità e sede di somministrazione, ai rischi e conseguenze della mancata vaccinazione, alle controindicazioni e ai possibili effetti collaterali.

යෝජනා කළ එන්නතට අදාළව ඒ පිළිබඳව පවතින රෝග ලක්ෂණ, භාවිතා කරන එන්නත් හා එය ලබා දෙන පිළිවෙල හා ස්ථානය, එන්නත් නොකළ යුතු අවස්ථා හා එමගින් ඇති විය හැකි අතුරු ආබාධ තත්ත්වයන් තේරුම් කළෙමි.

Ho inoltre preso atto che le informazioni fornite sono state recepite dall'utente.

එමෙන්ම සැපයූ සියලු තොරතුරු සතුටුදායක ලෙස තේරුම් ගෙන ඇති බව අවබෝධ විය.

Timbro e Firma del medico/dell' operatore sanitario

වෛද්‍යවරයාගේ/සෞඛ්‍ය නිලධාරීගේ මුද්‍රාව හා අත්සන

.....
Centro Vaccinale di

එන්නත් කළ ස්ථානය

Data ____/____/____
දිනය