

**DICHIARAZIONE di CONSENSO INFORMATO****إقرار بالموافقة عن معرفة**

Nome e Cognome del vaccinando .....  
(أسم ولقب من يجرى عليه التحصين)

Nato/a ..... il ...../...../.....  
مكان الميلاد تاريخ الميلاد

**In caso di minore (dati identificativi dei genitori )**

في حالة تحصين/ تطعيم قاصر ( بيانات الوالدين )

Padre (Nome e Cognome): ..... nato a ..... il ...../...../.....  
(أسم ولقب العائلة) الأب مكان الميلاد تاريخ الميلاد

Madre (Nome e Cognome) : ..... nata a ..... il ...../...../.....  
(أسم ولقب العائلة) الأم مكان الميلاد تاريخ الميلاد

**In caso di soggetto incapace:**

في حالة تطعيم/ تحصين شخص غير عاقل

Rappresentante Legale (tutore o altro): ..... nato/a a ..... il ...../...../.....  
الذي ينوب عنه قانونيا (الوصي أو غيره) مكان الميلاد تاريخ الميلاد

Identificato tramite ..... rilasciato da ..... il .....  
نوع مستند تحقيق الشخصية صادر من تاريخ الإصدار

I\_ 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,

أنا الموقع/ة أدناه ..... على علم  
بالمسؤولية وبالتوابع المدنية والجنائية, في حالة الإدلاء ببيانات غير صحيحة و/أو إقرار الزور,  
تطبيقا للمادة رقم 76 من قانون رئاسة الجمهورية 445 لسنة 2000 والتعديلات والإضافات التي  
طرأت عليه فيما بعد , وأيضا في حالة تقديم مستندات تتضمن بيانات غير صحيحة.

**DICHIARA** sotto la propria responsabilità:

**أقر على مسؤوليتي**

**di aver ricevuto** tramite

- materiale informativo (anche multilingue) specifico sull'argomento che mi è stato preventivamente consegnato e di cui ho compreso il contenuto;
- colloquio con un medico/operatore sanitario:

**أنني تلقيت بواسطة**

- منشور يتضمن معلومات (متعدد اللغات) خاصة بشأن الموضوع وقد تسلمته من قبل وفهمت ما يتضمنه؛
- قد إلتقيت مع طبيب/ أحد العاملين بالصحة:

**un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:**

- sulla **modalità di effettuazione** della/e vaccinazione/i e la **via di somministrazione** del/i vaccino/i;
- sui **vantaggi**, il **grado di efficacia** della vaccinazione nonché sulle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione;
- sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
- sugli eventuali **effetti collaterali** della/e vaccinazione/i e probabilità del loro verificarsi, nonché sulle modalità di loro trattamento;
- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore **colloquio** per poter acquisire ulteriori informazioni;
- sulla possibilità di **revocare** il presente consenso in qualsiasi momento, con conseguente mancata o ridotta protezione nei confronti della/e malattia/e per cui si vaccina;

**di essere stato invitato/o a trattenere** il minore vaccinato/trattenermi presso l'Ambulatorio per i **venti minuti successivi** alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini;

**di aver riferito corrette informazioni** sul mio stato di salute/sullo stato di salute del vaccinando;

**informazioni chiare, comprensibili e complete:**

- عن طريقة إجراء التطعيم/ات وأين وكيفية إجراء التحصين؛
  - عن مزايا ومدى فاعلية وأيضاً عن التوابع الصحية التي يحتمل حدوثها في حالة عدم إجراء التطعيم/ التحصين؛
  - عن الحالات المرضية التي تتعارض مع إجراء التطعيم؛
  - عن الآثار الجانبية للتحصين/ات وإحتمال حدوثها، وأيضاً عن كيفية وطريقة علاجها؛
  - وعن إمكانية طلب، في أي وقت، مقابلة أخرى للحصول عن المزيد من المعلومات؛
  - عن إمكانية إلغاء هذه الموافقة في أي وقت، التي يتبعها عدم أو ضعف مقاومة المرض/ الأمراض التي كان سيجري من أجلها التطعيم/ التحصين/ات؛
- قد نصحت بأن أظل بصحبة القاصر الذي أجرى تحصينه/ أن أظل بعيادة التطعيم لمدة عشرين دقيقة عقب إجراء التطعيم، للتدخل الطبي إذا استدعى الأمر، في حالة ظهور أعراض تفاعل حساسية مفرطة ضد المصل؛**
- قد قمت بتوفير المعلومات الصحيحة عن حالتي الصحية/ عن الحالة الصحية للشخص الذي سيتم تحصينه؛**

☐ **di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore** il quale, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, è stato da me personalmente informato della necessità di esecuzione della procedura vaccinale;

**بأنني حصلت على موافقة الزوج/ة الذي لم يستطيع الحضور اليوم، والذي عرف عن طريق ضرورة إجراء التطعيم؛**

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

**بأنني أنا الوحيد/ة القائم بالصاية لأنني ولي الأمر الوحيد، طبقاً للوائح المعمول بها؛**

e quindi di ACCETTARE le seguenti vaccinazioni  
ولذا أوافق على إجراء التحصينات/ التطعيمات التالية

- ☐ Esavalente تحصين سداسي ضد الدفتريا, التيتانوس, السعال الديكي, الفيروس الكبدي ب, الشلل, الهيموفيليا ب
- 

- ☐ Anti Difterite-Tetano ضد الدفتيريا - التيتانوس
- 

- ☐ Anti Difterite-Tetano-Pertosse-Poliomielite ضد الدفتيريا- التيتانوس- السعال الديكي- الشلل
- 

- ☐ Anti Morbillo-Parotite- Rosolia ضد الحصبة- الغدة النكافية- الحصبة الألمانية
- 

- ☐ Antimeningococco ضد الحمى الشوكية
- 

- ☐ Antipneumococco ضد البكتيريا التي تصيب بالالتهاب الرئوي
- 

- ☐ Anti Papilloma Virus ضد فيروس بابيلوما المسبب لبعض أورام عنق الرحم
- 

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

تحصينات أخرى ( تشمل التطعيمات الفردية التي يحتمل إجراؤها والتي  
يتضمنها بالفعل التطعيم السداسي)

---

Firma del vaccinando/del genitore/del legale rappresentante

توقيع الشخص الذي يتم تحصينه/ أحد الأبوين/ النائب عنه قانونيا

.....

## Informativa

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

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.

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

## معلومة

الموقع أدناه يقر بأنه مد بالمعلومات الخاصة بالتطعيم/ات وحصل على موافقة إجرائها من الشخص الذي سيتم تحصينه, أثناء المقابلة و بواسطة المنشور الخاص بالتطعيم أي عن طريق النموذج المتعدد اللغات.

المعلومات الخاصة بالتطعيم/ات المطلوب إجرائها, قد تم توضيح المعلومات الخاصة بالأمراض, المصل المستخدم وكيفية ومكان إجراؤه, المخاطر التي يتعرض لها الطفل في حالة عدم إجراؤه, النواهي عن إجراؤه والآثار الجانبية التي يحتمل حدوثها في حالة إجراؤه.

كما أيضا تأكدت أن المعلومات التي حصل عليها العميل قد تم إستيعابها.

**Timbro e Firma del Medico/dell'operatore sanitario**

**ختم وتوقيع الطبيب/ العامل بالصحة**

.....

Centro Vaccinale di وحدة تطعيم

Data التاريخ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_