

francese/français

**DICHIARAZIONE di CONSENSO INFORMATO**  
**DÉCLARATION DU CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ**

**Nome e Cognome del vaccinando** \_\_\_\_\_

*Prénom et Nom de la personne à vacciner*

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_  
Né/e \_\_\_\_\_ le

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

***Pour les mineurs (coordonnées des parents)***

Padre (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_  
*Père (prénom et Nom) né à le*

Madre (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_  
*Mère (Prénom et Nom) née à le*

**In caso di soggetto incapace:**

***Pour les sujets déclarés inaptes:***

Rappresentante Legale (tutore o altro): \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_  
*Représentant légal (tuteur ou autre) né/e à le*

Identificato tramite \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_  
*Document d'identité délivré par le*

   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,

*Je soussigné/e \_\_\_\_\_ conscient des responsabilités et des conséquences civiles et pénales prévues en cas de fausses déclarations et/ou d'élaboration ou d'utilisation d'actes mensongers aux sens et en vertu de l'article 76 du DPR 445/2000 et de ses successives modifications et intégrations, mais aussi en cas d'exhibition d'actes contenant des données ne correspondant plus à la vérité,*

**DICHIARA** sotto la propria responsabilità:

**DÉCLARE** sous ma propre responsabilité

**di aver ricevuto** tramite

*avoir reçu grâce à:*

- materiale informativo (anche multilingue) specifico sull'argomento che mi è stato preventivamente consegnato e di cui ho compreso il contenuto;  
*du matériel informatif ( même multilingue ) spécifique sur l'argument, matériel qui m'a été préalablement remis et dont j'ai compris le contenu ;*
- colloquio con un medico operatore sanitario:

un entretien avec un médecin/opérateur sanitaire :

un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:

une information compréhensible, appropriée et exhaustive:

- sulla **modalità di effettuazione** della/e vaccinazione/i e la **via di somministrazione** del/i vaccino/i;  
*sur les modalités d'exécution de la vaccination/des vaccinations et sur le mode d'administration des vaccins*
- sui **vantaggi**, il **grado di efficacia** della vaccinazione nonché sulle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione;  
*sur les avantages, le degré d'efficacité de la vaccination et même sur les conséquences sanitaires possibles quand l'on décide de ne pas se faire vacciner ;*
- sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;  
*sur les conditions pathologiques qui constituent des contre-indications à la vaccination ;*
- sugli eventuali **effetti collaterali** della/e vaccinazione/i e probabilità del loro verificarsi, nonché sulle modalità di loro trattamento;  
*sur les éventuels effets collatéraux de la vaccination/des vaccinations ,les probabilités qu'ils se manifestent, et sur les modalités de leur traitement ;*
- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore **colloquio** per poter acquisire ulteriori informazioni;  
*sur la possibilité de demander à n'importe quel moment un nouvel entretien pour avoir d'ultérieures informations ;*
- 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;  
*sur la possibilité de révoquer à tout moment mon consentement , ce qui annulera ou réduira la protection face à la maladie/aux maladies contre lesquelles le vaccin est efficace ;*

di essere stato invitata/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;

**d'avoir été invité/e à rester au dispensaire pendant 20 minutes** après avoir été vacciné/e (ou après avoir fait vacciner mon enfant) pour permettre au personnel médical d'intervenir en cas de réactions d'hypersensibilité dues aux vaccins ;

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

**d'avoir donné des renseignements corrects** sur mon état de santé/ sur l'état de santé de la personne qui sera vaccinée

☐ 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;

**d'avoir eu l'approbation de l'autre parent** qui n'a pu être présent aujourd'hui et de l'avoir personnellement informé sur la nécessité d'exécuter la procédure vaccinale ;

☐ di **esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;  
**d'exercer seul/e l'autorité parentale** aux sens de la réglementation en cours;

e quindi di **ACCETTARE** le seguenti vaccinazioni  
et donc **d'ACCEPTER** les vaccinations suivantes:

☐ Esavalente \_\_\_\_\_  
Vaccination hexavalente

- ☐ Anti Difterite-Tetano \_\_\_\_\_  
*Antidiphtéritique- antitétanique*
- ☐ Anti Difterite-Tetano-Pertosse-Poliomielite \_\_\_\_\_  
*Antidiphtéritique- antitétanique-contre la coqueluche- contre la poliomyélite*
- ☐ Anti Morbillo-Parotite- Rosolia \_\_\_\_\_  
*Contre la rougeole- contre les oreillons-contre la rubéole*
- ☐ Antimeningococco \_\_\_\_\_  
*Contre le méningocoque*
- ☐ Antipneumococco \_\_\_\_\_  
*Contre le pneumocoque*
- ☐ Anti Papilloma Virus \_\_\_\_\_  
*Contre l'haemophilus de type b*
- ☐ Altre (comprese le eventuali vaccinazioni singole già incluse in esavalente  
*Autres vaccinations (y compris les individuelles incluses dans la vaccination hexavalente)*
- 

Firma del vaccinando/del genitore/del legale rappresentante  
*Signature de la personne à vacciner /du parent/ du légal qui le représente*

---

#### **Informativa**

##### **Note d'information**

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.

*Je soussigné/e déclare avoir fourni les renseignements sur la vaccination acceptée/les vaccinations acceptées par la personne à vacciner dans un ENTRETIEN INFORMATIF et à l'aide d'une DOCUMENTATION SPÉCIFIQUE à savoir la FICHE INFORMATIVE MULTILINGUE*

Per la/le vaccinazione/a 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.

*Pour la vaccination proposée/les vaccinations proposées nous avons affronté les thèmes relatifs aux respectives pathologies, aux vaccins utilisés et aux modalités d'administration, aux risques et aux conséquences que courent ceux qui ne se font pas vacciner, aux contre-indications et aux éventuels effets collatéraux.*

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

*J'ai en outre pris acte que les informations données ont été comprises par l'utilisateur.*

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

**Timbre et signature du médecin/opérateur sanitaire**

Centro Vaccinale di \_\_\_\_\_

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

Centre de vaccination de \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_