

**DICHIARAZIONE di DISSENSO INFORMATO/REVOCA
DECLARACIÓN de DISENSO INFORMADO/REVOCACIÓN**

Spagnolo/Español

Nome e Cognome del vaccinando _____

Nombre y Apellido del vacunando

Nato/a _____ il __/__/__

Nacido/a _____ *el*

In caso di minore (dati identificativi dei genitori)

En caso de menor (datos identificativos de los padres)

Padre (Nome e Cognome): _____ nato a _____ il __/__/__

Padre (Nombre y Apellido) _____ *nacido a* _____ *el*

Madre (Nome e Cognome): _____ nato a _____ il __/__/__

Madre (Nombre y Apellido) _____ *nacida a* _____ *el*

In caso di soggetto incapace:

En caso de sujeto incapaz:

Rappresentante Legale (tutore o altro): _____ nato a _____ il __/__/__

Representante Legal (tutor u otro) _____ *nacido/a a* _____ *el*

Identificato tramite _____ rilasciato da _____ il __/__/__

Identificado a través de _____ *concedido por* _____ *el*

 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,

 suscrito/a _____ consciente de las responsabilidades y de las consecuencias civiles y penales, previstas en caso de declaraciones falsas y/o formación u empleo de actos falsos, también a los sentidos y por los efectos del art. 76 del D.P.R 445/2000 y siguientes modificaciones e integraciones, además de en caso de exhibición de actos que contienen datos que no corresponden a la verdad,

DICHIARA sotto la propria responsabilità:

DECLARA bajo la propia responsabilidad:

di aver ricevuto tramite

de haber recibido a través de

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

material informativo (también plurilingüe) específico sobre el argumento que me ha sido entregado preventivamente y del que he comprendido el contenido;

- colloquio con un medico/operatore sanitario:
coloquio con un médico/operador sanitario:

un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:

una información comprensible, adecuada y exhaustiva:

- sulla **modalità di effettuazione** della/e vaccinazione/i e la **via di somministrazione** del/i vaccino/i;
sobre la modalidad de efectuación de la/s vacunación/es y el modo de suministro de la/s vacuna/s;
- sui **vantaggi**, il **grado di efficacia** della vaccinazione nonché sulle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione;
sobre las ventajas, el grado de eficacia de la vacunación además sobre las posibles consecuencias sanitarias consiguientes de la falta de vacunación;
- sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
sobre las condiciones morbosas que constituyen contraindicación a la vacunación;
- sugli eventuali **effetti collaterali** della/e vaccinazione/i e probabilità del loro verificarsi, nonché sulle modalità di loro trattamento;
sobre los eventuales efectos colaterales de la/s vacunación/es y probabilidad del que se verifiquen, además sobre las modalidades de su trato;
- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore **colloquio** per poter acquisire ulteriori informazioni;
sobre la posibilidad de solicitar, en cualquier momento, un ulterior coloquio para poder adquirir ulteriores informaciones;
- sulla possibilità di **revocare** il presente dissenso in qualsiasi momento;
sobre la posibilidad de revocar el presente dissenso en cualquier momento;

- ☐ 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,
de haber adquirido el parecer del otro padre ausente e imposibilitado a presenciar en el día actual el que me ha declarado que, relativamente a la efectuación de las vacunaciones,

☐ acconsente
consiente

☐ non acconsente
no consiente

- ☐ di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente;
de ejercer solo/a la potestad genitorial, a los sentidos de la normativa vigente;

e quindi di:

y por lo tanto de:

☐ NON ACCETTARE
NO ACEPTAR

☐ REVOCARE¹
REVOCAR

le seguenti vaccinazioni
las siguientes vacunaciones

☐ Esavalente _____
Esavalente

¹ In caso di revoca di un percorso vaccinale in atto e per il quale era già stato espresso valido Consenso.
En caso de revocación de un recorrido de vacuna en acto y por el que fue expresado ya válido Consentimiento.

- ☐ Anti Difterite-Tetano _____
Anti Difteria-Tétanos
- ☐ Anti Difterite-Tetano-Pertosse-Poliomielite _____
Anti Difteria-Tétanos-Tos ferina-Poliomielitis
- ☐ Anti Morbillo-Parotite- Rosolia _____
Anti Sarampión-Parotitis-Rubéola
- ☐ Antimeningococco _____
Antimeningococico
- ☐ Antipneumococco _____
Antineumococico
- ☐ Anti Papilloma Virus _____
Anti Papiloma Virus
- ☐ Altre (comprese le eventuali vaccinazioni singole già incluse in esavalente)
Otras (comprendidas las eventuales vacunaciones individuales ya incluidas en esavalente)
-

Firma del vaccinando/del genitore/del legale rappresentante
Firma del vacunando/del padre/del legal representante

Informativa
Informativa

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.

Yo suscrito/a declaro de haber provisto informaciones sobre la/s vacunación/es no aceptada/s por el vacunando, a través de COLOQUIO INFORMATIVO y DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA o bien FICHA INFORMATIVA PLURILINGÜE.

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.

Para la/s vacunación/es propuesta/s, han sido afrontadas las temáticas relativas a las correspondientes patologías, a las vacunas utilizadas y las modalidades y la sede de suministro, a los riesgos y las consecuencias de la falta de vacunación, a las contraindicaciones y a los posibles efectos colaterales.

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

Además tomé nota que las informaciones dotadas han sido acogidas por el usuario.

Timbro e Firma del Medico/dell'operatore sanitario
Sello y Firma del Médico/del operador sanitario

Centro Vaccinale di _____

Centro de Vacunas de _____

Data ____/____/____

Fecha ____/____/____