

Io sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____
nato/a _____ il _____

- in nome proprio
 esercitando la rappresentanza legale sull'interessato in qualità di (specificare se tutore, amministratore di sostegno, altro – precisare-) (1)

del/della Sig / Sig ra _____ (Cognome e Nome) nato il _____
consapevole dell'emergenza per SARS-CoV-2e dei rischi generali di contagio, ai sensi della

Legge e degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiera e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i⁽¹⁾

– Dichiaro sotto la mia responsabilità:

- di avere letto e compreso le informazioni relative ai trattamenti di dati personali relativi all' adesione alla campagna vaccinale COVID 19 su popolazione target per il contrasto del coronavirus SAR-CoV-2, consultabili anche sul sito internet aziendale dedicato al link www.asl3.liguria.it/politica della privacy aziendale;
- di essere consapevole che ASL 3, quale autorità sanitaria competente , tratterà i dati personali , anche particolari, raccolti per finalità di prevenzione e cura e correlate, collaborando anche con le altre Autorità ed Enti competenti nella gestione dell'emergenza coronavirus SARS-CoV-2, per la presa in carico, come da informativa parimenti consultabile sul sito internet aziendale dedicato al link. www.asl3.liguria.it/politica della privacy aziendale, che dichiara fin d' ora di aver letto e compreso.

E

ADERISCO in proprio /per il rappresentato alla campagna vaccinale COVID 19 su popolazione target per il contrasto del coronavirus SAR-CoV-2

ACCONSENTO , a seguito di detta adesione, alla comunicazione al Ministero della Salute ed alla struttura commissariale emergenza COVID 19, nonché ad A.Li.Sa., quali soggetti/enti/autorità competenti ai fini dello svolgimento delle attività connesse alla gestione dell'emergenza sanitaria in atto attraverso la suddetta campagna vaccinale su popolazione target, i seguenti dati che mi afferiscono/afferiscono il rappresentato:

cognome _____

nome _____

data di nascita _____

categoria target (MMG/PLS, operatori RSA, ospiti RSA, pubbliche assistenze, ricoverati , altro) _____

punto di somministrazione della vaccinazione _____

NON ADERISCO in proprio /per il rappresentato alla campagna vaccinale COVID 19 su popolazione target per il contrasto del coronavirus SARS-CoV-2

Data _____

Firma _____

[1] Precisare la qualità ed allegare documentazione comprovante la qualità

[2] Art. 75, D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.: "Fermo restando quanto previsto dall'articolo 76, qualora dal controllo di cui all'art. 71

emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera."

Art. 76, D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.: "Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico e punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L'esibizione di un atto contenente dati non rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.

Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'art. 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale. Se i reati indicati nei commi 1, 2 e 3 sono commessi per ottenere la nomina ad un pubblico ufficio o l'autorizzazione all'esercizio di una professione o arte, il giudice, nei casi più gravi, può applicare l'interdizione temporanea dai pubblici uffici o dalla professione e arte".

(allegare una copia di documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore)



Sistema Sanitario Regione Liguria

Informazioni ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento 2016/679/UE sul trattamento dati di adesione alla campagna vaccinale COVID 19 su popolazione target di dipendenti ed assimilati

Le presenti informazioni sintetiche sono integrative di quelle pubblicate sul sito internet aziendale (www.asl3.liguria.it/politica della privacy aziendale).

La Asl 3, titolare del trattamento, anche quale autorità sanitaria competente, utilizzerà i dati personali, anche particolari, raccolti ai soli fini della prevenzione dal contagio da COVID-19 e per la tutela della salute pubblica e/o correlate finalità di diagnosi e cura e/o di gestione del rapporto di lavoro, anche ex artt. 6, comma 1 lett e), lett.b), lett.c) e d) e 9 par.2 lettere b), g), h) ed i) e par.3 del Regolamento UE 2016/679 e relative norme di armonizzazione ed art. 2 sexies punto 2 del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., in particolare lettere u) e dd) e/o di ricerca scientifica (nel rispetto degli artt.110 e 110 bis del Dlgs 196/2003 e s.m.i.).

Base giuridica del trattamento si rinvie nel rispetto degli obblighi di legge cui è tenuto il titolare e, in particolare, nella normativa emergenziale in vigore per il contenimento della pandemia ed ex Dlgs 9.4.2008 n.81 e s.m.i. per la sicurezza degli ambienti di lavoro.

La somministrazione della vaccinazione COVID 19 ai dipendenti ed assimilati avverrà solo previo specifico consenso informato all'atto sanitario dell'interessato, che potrà aderire volontariamente alla stessa sulla base delle informazioni specifiche all'atto sanitario previamente ricevute.

La mancata adesione al progetto per la somministrazione della vaccinazione COVID 19 a popolazione target varato dal Ministero della Salute e/o alla somministrazione della stessa non pregiudica l'ordinaria erogazione delle prestazioni sanitarie con finalità di cura e/o profilassi nei confronti dell'interessato, né la sua permanenza in servizio, fatto salvo quanto previsto per le procedure di accesso in sicurezza ai luoghi di lavoro vigenti, in correlazione alla pandemia in atto ed all'obbligo di rispetto delle misure anticontagio vigenti per tutta la cittadinanza, nonché per le obbligazioni correlate a carico del lavoratore di informazione tempestiva e responsabile, sul proprio stato di salute e/o su restrizioni e/o misure di isolamento correlate, al datore di lavoro ex Dlgs 9.4.2008 n.81 e s.m.i. per la sicurezza degli ambienti di lavoro.

La informiamo che i Suoi dati personali, anche di tipo particolare, sono trattati dal personale nel rispetto del segreto professionale, del segreto d'ufficio e secondo quanto previsto dal "Regolamento 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei dati, di seguito RGPD), nonché dal D.Lgs. 196/2003, così come modificato dal D.Lgs.101/2018.

A seguito dell'adesione alla campagna vaccinale COVID 19 su popolazione target e/o alla somministrazione della vaccinazione COVID 19, i dati personali dell'interessato, anche particolari, verranno trattati in formato cartaceo e/o digitale ed inseriti in archivi cartacei e sui sistemi informatici sanitari , con particolare riguardo a quelli che gestiscono l'attività vaccinale, con l'impiego di tutte le misure di sicurezza atte a garantire la riservatezza dei dati personali e ad evitare illeciti nel rispetto della normativa in vigore , nonché nella cartella clinica dell'interessato, gestita dal medico competente aziendale, che li tratterà quale autonomo Titolare.

I dati potranno, inoltre, essere comunicati, quando ciò risulti necessario, a soggetti terzi, anche in qualità di Responsabili del trattamento ex art.28 Regolamento UE 2016/679 e relative norme di armonizzazione, verso cui si rende necessaria la comunicazione e, comunque, nei soli casi previsti dalla normativa. I dati non verranno diffusi né trasferiti in Paesi extra UE

In particolare con le presenti informazioni rappresentiamo che, preliminarmente, in base alla suddetta adesione volontaria alla campagna vaccinale di cui trattasi, verranno comunicati al Ministero della Salute ed alla struttura commissariale emergenza COVID 19, nonché ad A.Li.Sa., quali soggetti/enti/autorità competenti ai fini dello svolgimento delle attività connesse alla gestione dell'emergenza sanitaria in atto attraverso la suddetta campagna vaccinale nazionale e regionale, i seguenti dati afferenti l'interessato che aderisce alla campagna vaccinale:
dati anagrafici (cognome, nome, data di nascita), categoria target (operatori sanitari SSR), punto di somministrazione della vaccinazione.

Il mancato consenso al conferimento di detti dati e/o la revoca dello stesso non consente la partecipazione alla suddetta campagna vaccinale e/o la correlata successiva somministrazione della relativa vaccinazione per popolazione target, previa acquisizione di specifico consenso informato all'atto sanitario e le attività di trattamento correlate.

I dati di cui è prevista la conservazione saranno conservati da ASL 3 ai sensi dell'art. 5, par. 1, lett. e) del Regolamento Europeo per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati, per tutta la durata del programma di vaccinazione a cui l'interessato ha aderito (fatta salva eventuale revoca dell'adesione) e/o comunque per il tempo necessario all'assolvimento dei compiti istituzionali correlati e/o termini previsti dalla vigente normativa in materia di conservazione della documentazione sanitaria, fatta salva la necessità di maggior conservazione a fini di definizione di eventuali contenziosi.

I dati personali potranno essere comunicati anche ad altri soggetti/enti/autorità competenti, quando ciò risulti necessario ed indispensabile ai fini dello svolgimento delle attività connesse alla gestione dell'emergenza sanitaria in atto, in relazione alle previsioni normative in materia e con i limiti e/o esclusioni ivi previsti a comunicazione e/o diffusione, nel rispetto dell'art.17 bis del D.L. 17.3.2020 n.18 come convertito con L.24.4.2020 n.27 e prorogato con art.1, comma 3 del D.L.30.7.2020 n.83, convertito in legge 25.9.2020 n.124 e s.m.. In nessun caso i dati in questione verranno diffusi.

Alcuni diritti già previsti dal Regolamento (UE) 2016/679 (agli artt. da 15 a 22) possono essere oggetto di limitazione per la tutta la durata dell'emergenza, ai sensi dell'art. 23 paragrafo 1, lettera e) del Regolamento medesimo e della citata normativa emergenziale.

Si precisa che, in caso di esercizio dei diritti dell'interessato ai sensi dell'articolo 16 del Regolamento UE nei riguardi dei trattamenti dei dati relativi alla salute, la rettificazione e l'integrazione dei dati sono annotate senza modificare questi ultimi.

L'interessato ha anche il diritto di revocare il consenso espresso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. Tali diritti potranno essere esercitati rivolgendosi al Titolare del trattamento anche per il tramite del Responsabile Protezione Dati.

L'interessato ha diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo (Autorità Garante per la protezione dei dati personali- secondo le modalità previste sul sito internet dello stesso www.garanteprivacy.it), nei casi previsti dalle disposizioni in materia di protezione dei dati di cui al Regolamento UE 2016/679 e norme di armonizzazione.

Il Titolare del trattamento è l'Azienda Socio Sanitaria Ligure 3 con sede in Via Bertani 4 – 16125 Genova (indirizzo PEC: protocollo@pec.asl3.liguria.it).

Il R.P.D. è contattabile ai seguenti indirizzi di posta: Via Bertani 4 – 16125 Genova ed alla PEC aziendale protocollo@pec.asl3.liguria.it ed alla e-mail rpd@asl3.liguria.it

MODULO DI CONSENSO SOGGETTO MINORE

Nome e Cognome del vaccinando

Nato/a _____ il _____ / _____ / 20 _____

Residente in _____ Via/Piazza _____

CAP _____ Telefono _____

Tessera sanitaria N. _____

Dati identificativi dei genitori o di altri soggetti titolari della potestà genitoriale1) Genitore/Titolare della potestà genitoriale (Nome e Cognome) _____

nato il _____ / _____ / _____ a _____2) Genitore/Titolare della potestà genitoriale (Nome e Cognome) _____

nato il _____ / _____ / _____ a _____

I sottoscritti / _____ 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 (PFIZER/BIONTECH)**
 - SPIKEVAX (Moderna)**
- 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 esaudenti e da me comprese;
- di essere stato adeguatamente informato con parole a me 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;
- di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente;

MODULO DI CONSENSO SOGGETTO MINORE

- di ACCONSENTIRE ED AUTORIZZARE la somministrazione del VACCINO COVID 19:
 COMIRNATY (PFIZER/BIONTECH)
 SPIKEVAX (Moderna)

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)
 SPIKEVAX (Moderna)

Data e Luogo _____

Firma del minore _____

Firma del genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale _____

Spazio riservato ai Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

1. 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.

Data _____ Firma _____

2. Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario) _____
Ruolo _____

Confermo che il Vaccinando e il genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

Data _____ Firma _____

La presenza del secondo Professionista Sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un Singolo Medico, al domicilio della Persona Vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Struttura Complessa Igiene e Sanità Pubblica
Struttura Semplice Profilassi

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

documento di riconoscimento n. _____

genitore di _____

nato a _____ il _____

DELEGO

il/la Sig./ra _____

Nato/a a _____ il _____

documento di riconoscimento n. _____

a rappresentarmi presso l'Ambulatorio vaccinale per il ritiro del certificato e/o accompagnare mio figlio per effettuare le vaccinazioni.

La persona delegata è in grado di fornire notizie sullo stato di salute riguardanti mio figlio e sulle vaccinazioni da effettuare.

data _____

Firma _____

**N.B. il delegato dovrà essere munito del proprio documento di riconoscimento e
dovrà esibire il documento del genitore**

VACCINAZIONE ANTICOVID-19**MODULO DI TRIAGE PREVACCINALE**

Nome e Cognome		
Data di Nascita	Luogo di Nascita	
Residenza	Telefono	
N. Tessera Sanitaria (se disponibile)		

Anamnesi	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.....			
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? (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 sì, quale/i?			
Per le donne: - è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? - sta allattando?			

Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:.....
.....
.....

Nome e Cognome			
Data di Nascita	Luogo di Nascita		
Residenza	Telefono		
N. Tessera Sanitaria (se disponibile)			

Anamnesi COVID-correlata	Si	No	Non so
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 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:			
- Nessun test COVID-19 recente			
- Test COVID-19 negativo (Data: _____)			
- Test COVID-19 positivo (Data: _____)			
- In attesa di test COVID-19 (Data: _____)			

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data Firma Vaccinando

Firma Operatore Sanitario per presa visione