

REGIONE _____ AZIENDA _____

DISTRETTO DI _____ MMG SERVIZIO _____

**MODULO RILEVAZIONE DISSENSO INFORMATO
(paziente maggiorenne in grado esprimere un valido dissenso)**

La/Il sottoscritto/a _____

nata/o a _____ Provincia _____ il ____/____/____

residente a _____ Provincia _____

in via _____ n° _____

Premesso che il sottoscritto dichiara di:

1. essere stata/o esaurientemente informata/o dal Dr./Dr.sa _____ sulle caratteristiche della malattia _____ in relazione a frequenza, gravità, possibili sequele, e sul rischio personale del sottoscritto di contrarre detta malattia prevenibile con la vaccinazione _____
2. essere stata/o esaurientemente informata/o dal Dr./Dr.sa che, sulla base della propria storia clinica (patologie, fattori di rischio, stile di vita) e delle proprie condizioni lavorative, sociali, assistenziali, è per lui indicata la vaccinazione _____ a tutela della salute personale e/o della salute della collettività
3. aver compreso tali informazioni

NEGA IL PROPRIO CONSENSO alla vaccinazione: _____ per il/i motivo/i di seguito indicato/i:

- Richiedo tempo per riflettere
- Richiedo maggiori informazioni sul vaccino
- Richiedo maggiori informazioni sul rischio personale di contrarre la malattia
- Temo gli effetti collaterali della vaccinazione
- Ho difficoltà a raggiungere il centro vaccinale
- Sfiducia nella vaccinazione
- Ritengo basso il rischio di contrarre la malattia
- Altro _____

Luogo _____ Data ____/____/____

FIRMA DEL PAZIENTE _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto _____ informato sui diritti e sui limiti di cui la Decreto legislativo 20 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati sensibili ai fini di diagnosi, cura, prevenzione e prestazioni connesse, o per ricerche scientifiche statistiche.

DATA ____/____/____ FIRMA _____