

MODULO PER ESPRIMERE IL RIFIUTO A SOTTOPORSI A VACCINAZIONI

Cognome Nome: _____
Luogo e data di Nascita: _____
C.F. o STP: _____
Struttura di accoglienza : _____

Il Dipartimento di Sanità Pubblica a tutela della salute collettiva e del singolo individuo propone a tutti gli ospiti che risiedono nei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) le vaccinazioni contro le seguenti malattie: Difterite, Tetano, Pertosse, Morbillo, Parotite, Rosolia, Varicella, Poliomielite, Epatite B.

Il sottoscritto dichiara di:

- aver letto e compreso il materiale informativo relativo alle vaccinazioni e sulle malattie da esse prevenibili;
- avere avuto la possibilità di porre domande in merito al/ai vaccino/i e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese;
- avere compreso i benefici e i rischi della/e vaccinazione/i nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento dell'intero ciclo previsto.

Inoltre, consapevole che la mancata vaccinazione può causare la diffusione di tali malattie con possibili conseguenze anche gravi per la mia salute e per quella delle persone a me vicine (familiari, altri ospiti della struttura), dichiaro sotto la mia responsabilità di non voler eseguire le seguenti vaccinazioni:

- ☐ Vaccinazione anti-difterite/tetano/pertosse
- ☐ Vaccinazione anti-Morbillo/Parotite/Rosolia
- ☐ Vaccinazione anti-Varicella
- ☐ Vaccinazione anti-Epatite B
- ☐ Vaccinazione anti-poliomielite

Sono infine stato informato che qualora presentassi una sintomatologia compatibile con le malattie di sopra riportate dovrò immediatamente informare il medico curante ed il referente del CAS.

Infine dichiaro di essere stato informato sulla possibilità di poter modificare la mia scelta ed eseguire le vaccinazioni previste in un qualsiasi momento.

Luogo e data

Firma (cognome nome)

Firma Operatore Sanitario
