



**Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di Notorietà (art. 47 DPR 28.12.2000, n. 445)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

con residenza nel Comune di \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per  
attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,

**DICHIARO**

**Riquadro A**

di essere genitore del minore \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

che il mio stato civile è il seguente:

- coniugato/a
- vedovo/a
- separato/a, in situazione di:
  - affidamento congiunto
  - genitore affidatario
  - genitore non affidatario
- divorziato/a, in situazione di:
  - affidamento congiunto
  - genitore affidatario
  - genitore non affidatario

nubile/celibe ma esercente la responsabilità genitoriale con il/la sig/a \_\_\_\_\_

che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile<sup>(1)</sup>, l'altro genitore **non** può firmare il  
consenso perché assente per lontananza/impedimento e **condivide** la mia decisione

**Riquadro B**

di essere unico esercente la responsabilità genitoriale sul minore \_\_\_\_\_ nato  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il/la dichiarante (firma per esteso e leggibile) \_\_\_\_\_

(1) Nel caso di lontananza, di incapacità o di altro impedimento che renda impossibile ad uno dei genitori l'esercizio della potestà, questa è esercitata in modo esclusivo dall'altro. La potestà comune dei genitori non cessa quando, a seguito di separazione, di scioglimento, di annullamento o di cessazione degli effetti civili del matrimonio, i figli vengono affidati ad uno di essi. L'esercizio della potestà è regolato, in tali casi, secondo quanto disposto nell'art. 155.



THE UNIVERSITY OF CHICAGO

DEPARTMENT OF CHEMISTRY

PH.D. THESIS

CHICAGO

BY

DR. JAMES H. DUFFY

1954

CHICAGO, ILLINOIS

UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

54 EAST LAKE STREET

CHICAGO, ILLINOIS 60607

U.S. DEPARTMENT OF COMMERCE

LIBRARY OF CONGRESS

PHOTODUPLICATION SERVICE

UNIVERSITY MICROFILMS

INTERNATIONAL AGENT

FOR THE UNITED STATES OF AMERICA

AND OTHER COUNTRIES

AND CANADA

AND MEXICO

AND THE CARIBBEAN AREA

AND THE MIDDLE EAST

AND AFRICA

AND AUSTRALIA

**Nome e Cognome del vaccinando**

---

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

**Dati identificativi dei genitori o del Rappresentante Legale**

Padre (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_ nato il \_\_/\_\_/\_\_

a \_\_\_\_\_

Madre (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_ nato il \_\_/\_\_/\_\_

a \_\_\_\_\_

Rappresentante Legale (tutore o altro): \_\_\_\_\_ nato il \_\_/\_\_/\_\_

a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, 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,

**DICHIARA** sotto la propria responsabilità:

**di aver ricevuto** tramite

- materiale informativo specifico sull'argomento che è stato preventivamente reso disponibile e di cui ho compreso il contenuto;
- colloquio con un medico operatore sanitario:

**un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:**

- sulla **modalità di effettuazione** della/e vaccinazione/i e la **via di somministrazione** del/i vaccino/i;
- sui **vantaggi**, il **grado di efficacia** e gli **effetti collaterali** della vaccinazione nonché delle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione;
- sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
- sugli eventuali **effetti collaterali** della/e vaccinazione/i e probabilità del loro verificarsi, nonché delle possibilità e modalità di loro trattamento;
- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore **colloquio** per poter acquisire ulteriori informazioni;
- sulla possibilità di **revocare** il presente consenso in qualsiasi momento, con conseguente mancata o ridotta (se trattasi di ciclo vaccinale a più dosi non completato) protezione nei confronti della/e malattia/e per cui si vaccina;

**di essere stato invitata/o a trattenere** il minore vaccinato presso l'Ambulatorio per i **quindici minuti successivi** alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini;

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

- di **aver acquisito l'assenso dell'altro genitore**, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna;
- di **esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;

e quindi di **ACCETTARE la seguente vaccinazione proposta:**

	Accetto	firma
<b>VACCINO COVID 19 COMIRNATY (PFIZER)</b>		

**Firma del genitore/del legale rappresentante**

\_\_\_\_\_

#### **Informativa**

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla vaccinazione, accettata dal vaccinando, Per la vaccinazione proposta, sono state affrontate le tematiche relative alle rispettive patologie, a vaccino utilizzato e alle modalità e sede di somministrazione, ai rischi e conseguenze della mancata vaccinazione, alle controindicazioni e ai possibili effetti collaterali e sono state fornite indicazioni sulla normativa (L.210/92) in caso di eventi avversi gravi alle vaccinazioni obbligatorie. Ho inoltre verificato che le informazioni fornite sono state recepite con soddisfazione dall'utente.

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

\_\_\_\_\_

Centro Vaccinale di \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_