



ISTITUTO OMNICOMPRESIVO "D. BORRELLI"

Via Mattia Preti, 1 - 88832 SANTA SEVERINA (KR)
C. M. KRIC825009- KRPC010002- KRTD07000L - Cod. fisc.: 91021720791
Sito web: <http://www.ioborrelli.edu.it> Cod. Univoco di fatturazione **UFJEUS** –

ISTITUTO OMNICOMPRESIVO "Borrelli"
Prot. 000024 del 03/01/2022
(Uscita)

Ai genitori degli studenti interessati
Ai docenti delle scuole dell'infanzia
Ai docenti delle scuole primarie
Ai docenti delle scuole secondarie di primo grado
Al personale ATA
Istituto Omnicomprensivo "D. Borrelli"-
Santa Severina – Roccabernarda
Al sito web

Oggetto: Piano Strategico Vaccinazione anti Covid-19 – Avvio campagna di somministrazione nelle scuole per la popolazione pediatrica (5-11 anni e 12 anni non ancora vaccinati).

Con la pubblicazione delle Indicazioni operative contenute nel Piano Strategico Vaccinazione anti Covid- 19, ha preso avvio la campagna di somministrazione per la popolazione pediatrica compresa nella fascia d'età 5-11 anni (nati dal 1° gennaio 2011 al 31 dicembre 2016)) e degli alunni di 12 anni non ancora vaccinati.

L'adesione alla campagna vaccinale è volontaria e potrà essere effettuata compilando il modulo di consenso allegato alla presente o reperibile a scuola,

Nella consapevolezza che l'attività di somministrazione per questa particolare categoria di soggetti necessita di un **coinvolgimento particolare e responsabile dei professionisti della sanità e delle famiglie** , l'ASP di Crotone in collaborazione con l'Istituto Omnicomprensivo "Diodato Borrelli" Santa Severina – Roccabernarda . organizza iniziative di accesso facilitato alla vaccinazione anti Covid per contribuire alla ripresa in sicurezza delle attività scolastiche in presenza.

L'iniziativa diretta agli alunni nella fascia di età 5 – 11 anni e 12 anni , **in caso di un congruo numero di adesioni**, prevede l'esecuzione della vaccinazione in due sedi diverse, una a Santa Severina presso la scuola primaria " N. D'Alfonso" e l'altra a Roccabernarda presso la scuola Primaria di Via San Francesco con personale sanitario dell'ASP e in collaborazione con i PdF.

Dopo aver acquisito i dati, verranno comunicate le procedure e i tempi di accesso nei punti vaccinali preposti.

Nello spirito della massima collaborazione e confidando nel consueto senso di responsabilità si porgono distinti saluti.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Antonietta Ferrazzo
Firma autografa omessa
ai sensi dell'art. 3 del D.lgs n.39/1993

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 _____

__I_ 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
VACCINO COVID 19 COMIRNATY (PFIZER)		

Firma dei genitori/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 ____/____/____