

CONFERMA DEL CONSENSO INFORMATO PER LA SECONDA DOSE DEL VACCINO ANTI-COVID

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

CONFERMO

Quanto sottoscritto nel CONSENSO INFORMATO firmato in occasione della I DOSE del vaccino

- Covid 19 _____

Avvenuta in data _____ ed inoltre

DICHIARO

- Di NON AVER manifestato reazioni avverse importanti e/o di NON AVER sviluppato condizioni cliniche/patologiche incompatibili con la vaccinazione;
- Di AVER manifestato reazioni avverse importanti e/o di NON AVER sviluppato condizioni cliniche/patologiche incompatibili con la vaccinazione tipo:

_____ dopo la prima

somministrazione del vaccino.

Acconto, dunque, alla somministrazione della II DOSE del vaccino:

- Covid 19 _____

Luogo e data _____

Firma del Vaccinando _____

Firma dell'operatore sanitario _____

SITO DI INIEZIONE	N. LOTTO E SCADENZA	DATA E ORA DI SOMMINISTRAZIONE	LUOGO DI SOMMINISTRAZIONE	FIRMA OPERATORE SANITARIO