

**MODULO ANAMNESTICO E CONSENSO SEMPLIFICATO PER
VACCINAZIONI**

Nome e Cognome : _____

Data di nascita : _____

CF : _____

☐

VACCINO COVID

Acconsento alla somministrazione della dose booster di vaccino anticovid, come illustratomi dal medico.

Dichiaro che nulla si è modificato nel mio stato di salute e dal punto di vista anamnestico rispetto alla dose precedente, a seguito della quale non ho manifestato nessun effetto collaterale.

☐

VACCINO ANTI-INFLUENZALE

Acconsento alla somministrazione del vaccino anti-influenzale, come illustratomi dal medico.

☐

VACCINO ANTI-PNEUMOCOCCICO

Acconsento alla somministrazione del vaccino anti-pneumococcico, come illustratomi dal medico.

Luogo e data _____

Firma _____

**MODULO ANAMNESTICO E CONSENSO SEMPLIFICATO PER
VACCINAZIONI**

Nome e Cognome : _____

Data di nascita : _____

CF : _____

☐

VACCINO COVID

Acconsento alla somministrazione della dose booster di vaccino anticovid, come illustratomi dal medico.

Dichiaro che nulla si è modificato nel mio stato di salute e dal punto di vista anamnestico rispetto alla dose precedente, a seguito della quale non ho manifestato nessun effetto collaterale.

☐

VACCINO ANTI-INFLUENZALE

Acconsento alla somministrazione del vaccino anti-influenzale, come illustratomi dal medico.

☐

VACCINO ANTI-PNEUMOCOCCICO

Acconsento alla somministrazione del vaccino anti-pneumococcico, come illustratomi dal medico.

Luogo e data _____

Firma _____