Regione CAMPANIA - A

Campagna vaccinazione antinfluenzale **2026-2027** - Utenti età ultrasessantacinquenni

Il/La sottoscritto/a CONSAPEVOLE delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione ad uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli efftii 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 RESPONSABILITA'**, pur avendo ricevuto tramite colloquio con il medico curante una informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:

-sulla modalità di effettuazione della vaccinazione e la via di somministrazione del vaccino;

-sui vantaggi, grado di efficacia della vaccinazione, nonché sulle possibili conseguenze sanitarie derivanti dalla mancata vaccinazione;

-sugli eventuali effetti collaterali e probabilità del loro verificarsi, nonché sulle modalità di trattamento

-sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore colloquio per poter acquisire ulteriori informazioni;

-sulla possibilità di revocare il presente dissenzo in qualsiasi momento

DI NON ACCETTARE l'offerta della vaccinazione Antinfluenzale come da motivazione indicata :

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Sesso		Data dissenzo	Categoria a rischio				Firma
1			M	F		1	2	3	4	
2			M	F		1	2	3	4	
3			M	F		1	2	3	4	
4			M	F		1	2	3	4	
5			M	F		1	2	3	4	
6			M	F		1	2	3	4	
7			M	F		1	2	3	4	
8			M	F		1	2	3	4	
9			M	F		1	2	3	4	
0			M	F		1	2	3	4	

* Legenda: segnare una X sul numero corrispondente alla motivazione

(1) Mi sono vaccinato in passato, ma mi sono ugualmente ammalato di influenza

(2) Anche se il medico curante mi ha informato sui benefici, comunque mi fido poco dei vaccini e sono contrario alla vaccinazione

(3) Quando mi sono vaccinato ho avuto effetti collaterali

(4) Non è grave ammalarsi di influenza e non c'è bisogno di evitarla