



SOMMINISTRAZIONE DELLA II DOSE DELLA VACCINAZIONE ANTI COVID19 AstraZeneca AL PERSONALE SCOLASTICO (Circ.Min.Salute n.ro 0012238-25/03/2021-DGPRES-DGPRES-P)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Dipendente della Scuola _____ ,

consapevole che la manifestazione di consenso sottoscritto in occasione della somministrazione della prima dose del vaccino COVID-19 AstraZeneca avvenuta il _____ è valida per tutto il ciclo vaccinale e che in occasione della somministrazione della seconda dose resta necessaria una verifica da parte del personale sanitario preposto alla vaccinazione in merito ad eventuali modificazioni dello stato di salute e/o di patologia intercorse successivamente alla inoculazione della prima dose, ACCETTO(*)/NON ACCETTO(*) di sottopormi alla somministrazione della seconda dose del vaccino COVID-19 AstraZeneca e pertanto

AFFERMO CHE AD OGGI

- NON ci sono state modificazioni del mio stato di salute rispetto a quanto da me dichiarato in occasione della somministrazione della prima dose.
- Ci sono state le seguenti modificazioni del mio stato di salute e/o sono insorte le seguenti patologie:
- _____
- _____
- Benché edotto della probabile inefficacia protettiva della somministrazione di una sola dose di vaccino COVID-19 AstraZeneca, rifiuto di sottopormi all'inoculazione della seconda dose .

Si allega il diario della sorveglianza degli eventi avversi post-vaccinazione consegnato in occasione della somministrazione della prima dose.

Casarano, _____

Firma

(*) Cancelare la voce che non ricorre