

ALLEGATO 4 bis – Mod. 2 bis

**MODULO DI PRESTAZIONE DEL CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE
ED AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il/La sottoscritto/a cognome* _____ nome* _____

*(non devono essere forniti se l'assistito è uno Straniero non iscritto al SSN in possesso di tesserino STP)

sexso M F data nascita _____ codice fiscale / ENI / STP _____

iscritto al SSR: SSR Lazio SSR altra Regione Straniero ENI o STP Altro

residente: nella regione Lazio in altra Regione all'estero *N.B.: se residente in Italia fornire i seguenti dati di residenza:*

Via/Piazza _____ N _____

Comune di _____ tel _____

DICHIARA

1. Di avere avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente a:
 - a. informazioni contenute nella scheda informativa sintetica sulla vaccinazione antinfluenzale;
 - b. benefici e potenziali rischi della vaccinazione antinfluenzale;
2. Di essere stato informato sui diritti e sui limiti di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali";
3. Di aver compreso che i propri dati saranno trattati nel rispetto delle norme di protezione stabilite dal decreto legislativo 196/2003 sopra citato;
4. Di aver compreso che l'Azienda USL, i cui estremi identificativi sono riportati nell'informativa, è titolare del trattamento dei dati e che è obbligatorio conferire e consentire il trattamento dei dati al suddetto titolare per poter essere vaccinati;
5. Di aver compreso che i dati raccolti non saranno oggetto di diffusione e saranno comunicati integralmente a Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio con la sola eccezione del dato personale e sensibile 'motivo della vaccinazione' per i soggetti di età < 65 anni al 31/12/2011, vaccinati a causa della propria condizione di salute.

PERTANTO, ACCONSENTE ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE ED AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI DA PARTE DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO.

	DATA	NOME E COGNOME (in stampatello)	FIRMA
ASSISTITO			
OP. SANITARIO			

Dati obbligatori da riportare a cura dell'Operatore sanitario:

Motivo della vaccinazione°: _____

Luogo della vaccinazione: studio/ambulat. strutt. resid./ semir. domicilio ospedale/lungod. altro

Nome commerciale del vaccino: _____ lotto N. _____

° Solo per i soggetti di età inferiore ai 65 anni al 31/12/2011.