

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Consenso Informato Antimeningo C (SISP.MO.2535).doc
		pag1/2

Consenso informato e richiesta di vaccinazioni prioritarie ANTIMENINGOCOCCO - C

Il/La sottoscritto/a _____ avendo la potestà genitoriale nei confronti del minore _____ nato/a a _____ (____) il _____ residente a _____ (____) in _____ tel. _____ tel. mobile _____ e-mail _____

CHIEDE

che il minore sia sottoposto a:

vaccinazione contro **meningococco C**

INFORMAZIONI SU POSSIBILI EFFETTI COLLATERALI

Infezioni da meningococco C. Possono determinare meningite grave, con mortalità o sequele nel 10-25% dei casi; sepsi, polmonite, congiuntivite, artrite, miocardite.

La malattia meningococcica colpisce circa 200 persone l'anno in Italia ed è dovuta ai tipi B e C. E' più frequente nei bambini di età inferiore a un anno, negli adolescenti e in soggetti in collettività.

Il vaccino antimeningococco C coniugato si è dimostrato sicuro ed efficace.

Le reazioni più comuni sono gonfiore ed arrossamento in sede di iniezione, febbre. Come per tutti i vaccini, le reazioni allergiche sono state riportate molto raramente.

Il vaccino è offerto nel secondo anno di vita, con il vaccino Antimorbillo-Parotite-Rosolia-Varicella, in unica dose.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del Regolamento Europeo (UE) 2016/679

Gentile Sig.ra/Sig., ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 la informiamo che il **Titolare del trattamento dei dati** personali è rappresentato dal Direttore Generale pro-tempore, e-mail direttore.generale@aslvc.piemonte.it, il trattamento dei dati da Lei forniti sarà improntato ai principi di correttezza, pertinenza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza e verranno trattati da persone autorizzate, con strumenti cartacei e informatici per le finalità istituzionali che rientrano nei compiti del Servizio Sanitario Nazionale, per fornire prestazioni e servizi di cui necessita e per cui si è rivolto all'ASL VC. Si precisa che il conferimento dei dati è obbligatorio in quanto la mancanza degli stessi non consente l'espletamento del procedimento.

I dati non saranno comunicati ad altri soggetti se non specificatamente autorizzati a riceverli nei casi previsti dalla Legge 7/8/1990 n. 241 e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (ex art. 71 Legge 445/2000), né saranno oggetto di diffusione.

Il **Responsabile del trattamento dei dati** è contattabile all'indirizzo dpo@aslvc.piemonte.it

Stesura F. Cusotto Novembre 2019	Verifica: V. Silano Novembre 2019	Autorizzazione: V. Silano Novembre 2019	Emissione: V. Silano Novembre 2019
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>			

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Consenso Informato Antimeningo C (SISP.MO.2535).doc
		pag2/2

La informiamo, infine, che ai sensi degli articoli previsti dal Capo III del GDPR Lei potrà esercitare in ogni momento i diritti di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, il diritto alla portabilità dei dati e il diritto di opposizione inviando una mail all'indirizzo ufficio.protocollo@aslvc.piemonte.it o per posta all'indirizzo: S.C. GESTIONE AFFARI ISTITUZIONALI – UFFICIO PROTOCOLLO C.so M. ABBIATE n° 21 - 13100 VERCELLI. Inoltre, ha il diritto di presentare reclamo al Garante della privacy o di ricorrere all'autorità giudiziaria, di ottenere l'elenco completo ed aggiornato di tutti soggetti Responsabili e autorizzati al trattamento dei Suoi dati personali.

L'informativa completa è disponibile al link:

<http://www.aslvc.piemonte.it/tutela-e-partecipazione/tutela-della-privacy>

Data _____ Firma _____

DELEGA

(da sottoscrivere in caso di impossibilità ad accompagnare il minore)

Il/La sottoscritto/a _____

NON POTENDO accompagnare il minore _____

nato/a a _____ () il _____ di cui ho la potestà genitoriale, con

la presente **DELEGO** il/la Sig./ra _____

documento tipo _____ n. _____

rilasciato da _____ in data _____

AD ACCOMPAGNARE IL MINORE

per eseguire la/le vaccinazione/i per la/le quale/i ho espresso il consenso.

La persona delegata è in grado di fornire le notizie sullo stato di salute riguardanti il minore che deve eseguire la/le vaccinazione/i.

Data _____ Firma _____

N.B. Allegare copia documento del delegante.

Nota per i genitori e/o persona che ha la potestà genitoriale:

In caso di situazioni cliniche particolari, il medico vaccinatore può contattare telefonicamente il delegante e/o richiederne la convocazione

Stesura F. Cussotto Novembre 2019	Verifica: V. Silano Novembre 2019	Autorizzazione: V. Silano Novembre 2019	Emissione: V. Silano Novembre 2019
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>			