

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA VACCINATION

Le/la soussigné/e Nom ----- Prénom -----
Né/e en ----- le ----- Code Fiscal * -----
Résident en ----- Rue/Place ----- N° -----
Numéro de téléphone ----- e-mail -----
Identifié avec le document ----- N° -----
Expiration // ----- Délivré par -----

et

Le/la soussigné/e Nom ----- Prénom -----
Né/e en ----- le ----- Code Fiscal * -----
Résident en ----- Rue/Place ----- N° -----
Numéro de téléphone ----- e-mail -----
Identifié avec le document ----- N° -----
Expiration // ----- Délivré par -----

DANS LEURS RESPECTIVES QUALITÉS DE

En cas de mineur :

Parent/s, exerçant l'autorité parentale sur le mineur: -----
Né/e en ----- le ---/---/-----

Autrement dit, dans le cas d'une personne incapable

Représentant légal (tuteur ou autre) de : -----
Né/e en ----- le ---/---/-----

*(non obligatoire)

DÉCLARE/ DÉCLARONS:

1. D'avoir obtenu le consentement de l'autre parent (en cas d'absence) qui, ne pouvant pas être présent aujourd'hui, a été personnellement informé par le soussigné de la nécessité de procéder à la vaccination ;
2. d'avoir correctement indiqué les informations sur les données personnelles et sur l'état de santé de l'enfant ou de la personne légalement représentée;
3. **d'avoir reçu des informations sur la/les maladie/s et leur prévention, sur les caractéristiques du/des vaccin/s utilisé/s et sur les bénéfices et les risques potentiels du/des vaccin/s et sur le nombre d'administrations prévues dans le calendrier vaccinal en vigueur ;**
4. **d'avoir eu la possibilité de poser des questions et d'avoir compris les réponses aux demandes d'éclaircissements relatives à la/aux vaccination/s;**
5. d'avoir lu et compris les informations conformément aux articles 13 et 14 du Règlement 2016/649/UE "Règlement général sur la protection des données personnelles" de l'ASL ROMA 2 ;
6. d'avoir compris que toutes les données seront traitées conformément aux normes de protection établies par le règlement susmentionné
7. d'avoir compris que l'ASL Roma 2, dont les données d'identification sont indiquées dans l'information, est la responsable du traitement et qu'il est nécessaire de fournir et de permettre le traitement des données pour pouvoir se faire vacciner ;

8. d'avoir compris que ASL ROMA 2 a nommé un Délégué à la Protection des Données qui peut être contacté à l'adresse e-mail : dpo@aslroma2.it
9. d'avoir compris que dans cette ASL il y a un registre informatisé actif de vaccination dans lequel sont stockées les données relatives à l'administration des vaccins (Accord conformément à l'art.8, paragraphe 6 de la loi du 5 juin 2003 n.131, entre le Gouvernement, le Régions et Provinces Autonomes de Trento et Bolzano sur le document contenant le "Plan National de Prévention Vaccinale (PNPV) 2017-2019") et les consentements exprimés à travers ce formulaire;
10. d'avoir compris que c'est contre l'ASL Roma 2 qu'on peut exercer tous les droits visés aux articles 15 et suivants du Règlement incluant expressément **le droit de révoquer/modifier les consentements exprimés dans ce formulaire à tout moment**;
11. d'avoir compris que le Plan National de Vaccination (voir point 9) invite les ASL à réaliser, afin de promouvoir les vaccinations obligatoires et recommandées, les soi-disant "appels actifs" ou des invitations personnelles à se faire vacciner ;
12. d'avoir compris que le traitement des données relatives aux vaccinations administrées est également effectué pour des raisons d'intérêt public et que ces données ne seront jamais divulguées à d'autres fins;
13. d'avoir compris que les personnes intéressées selon lesquelles le traitement des données personnelles qui les concerne effectué par ASL Roma 2 a lieu en violation des dispositions du Règlement, ont le droit de déposer une plainte auprès du garant de la protection des données personnelles, conformément à l'article 77 du Règlement, ou d'agir auprès des instances judiciaires compétentes (art. 79 du Règlement).

COMPTE TENUE DE TOUT CE QUI PRÉCÈDE, LE/LA/LES SOUSSIGNÉ/E/S

ACCEPTÉ

N'ACCEPTÉ PAS

Le traitement de ses propres données personnelles et de celles du mineur handicapé légalement représenté pour la gestion du processus de vaccination ;

Exprime son consentement à la réalisation du cycle de base et des rappels ultérieurs pour toutes les vaccinations obligatoires et facultatives - selon les formulations existantes sur le marché - prévues par le Plan National de Prévention Vaccinale 2017-2019 et du Décret Loi 7 juin 2017 n.73, tel que modifié par la Loi de transformation du 31 juillet 2017 n.119 listée ci-dessous:

OUI NON

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hexavalent | (antidiphtérie-tétanos-coqueluche-polio-hémophilieB-hépatite B) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pentavalent | (antidiphtérie-tétanos-coqueluche-polio- haemophilus B) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tétravalent pédiatrique | (anti-diphtérie-Tétanos-coqueluche-polio) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tétravalent adultes | (anti-diphtérie-tétanos-coqueluche-polio) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trivalent | (anti-diphtérie-tétanos-coqueluche) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | MPRV | (anti-rougeole-oreillons-rubéole-varicelle) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | MMR | (anti-rougeole-oreillons-rubéole) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anti-Hemophilus B | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anti-hépatite A | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anti-hépatite A+B | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anti-hépatite B pediatrique | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anti-hépatite B adultes | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anti-hépatite B pour les patients hémodialysés | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anti-herpès zoster recombinant | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anti-Herpès Zoster atténué | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Antiméningococcique ACYW135 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Antiméningococcique B | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anti-Papillomavirus HPV9 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anti-Pneumocoque 15 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anti-Pneumocoque 20 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anti-Pneumocoque 23 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anti-polio VPI | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anti-Rotavirus | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anti-varicelle | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autre | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

Date

Signature

Traitement

Signature du médecin qui reçoit le consentement

Per la traduzione si ringraziano: