

FORMULAR DE CONSIMTĂMÂNT PENTRU VACCINARE

Subsemnatul/a Nume _____ Prenume _____
Născut/ă în _____ la _____ C.F.* _____
Reședință în _____ Strada _____ N° _____
Număr de telefon _____ adresă de e-mail _____
Identificat/ă prin _____ N° _____
Data expirării ____/____/____ Eliberat de _____

și

Subsemnatul/a Nume _____ Prenume _____
Născut/ă _____ la _____ C.F.* _____
Reședință în _____ Strada _____ N° _____
Număr de telefon _____ adresă de e-mail _____
Identificat/ă prin _____ N° _____
Data expirării ____/____/____ Eliberat de _____

ÎN CALITATE DE

În cazul unui minor:

Părinte/părinți, persoana care exercitează autoritatea părintească asupra minorului: _____
_____ născut/ă în _____ la ____/____/____

În cazul unei persoane incapabile

Reprezentant Legal (tutore sau altcineva) al: _____
născut/ă în _____ la ____/____/____

*(nu este obligatoriu)

DECLAR / DECLARĂM că:

- Am obținut consimțământul celui alt părinte (dacă este absent) care, neputând fi prezent astăzi, a fost informat personal de către subsemnatul/a cu privire la necesitatea vaccinării;
- am indicat corect informațiile privind datele cu caracter personal și starea de sănătate ale copilului sau ale persoanei pe care o reprezint legal;
- am primit informații cu privire la boala (bolile) care urmează să fie prevenită (prevenite), despre caracteristicile vaccinului (vaccinurilor) utilizat (utilizate) și despre beneficiile și eventualele riscurile ale vaccinării (vaccinurilor), precum și despre numărul de administrări prevăzut în calendarul de vaccinare în vigoare;**
- am avut posibilitatea de a adresa întrebări și că am înțeles răspunsurile care au fost date, în ceea ce privește vaccinarea (vaccinările);**
- am citit și am înțeles informațiile ce fac referință la articolele 13 și 14 din regulamentul 2016/649/UE "Regulamentul general privind protecția datelor cu caracter personale" al ASL ROMA 2;
- am înțeles că toate datele vor fi prelucrate în conformitate cu normele de protecție prevăzute în Regulamentul menționat mai sus
- am înțeles că ASL Roma 2, ale cărui date de identificare se regăsesc în nota de informare, este operatorul de date și că este necesar să se acorde și să se autorizeze prelucrarea datelor pentru a fi vaccinat;
- am înțeles că ASL ROMA 2 a desemnat un Responsabil pentru Protecția Datelor, care poate fi contactat la adresa email: dpo@aslroma2.it
- am înțeles că în cadrul acestei ASL există un registru informatizat al vaccinurilor, în care sunt stocate datele referitoare la administrarea vaccinurilor (Acord semnat în temeiul art. 8, alin. 6 din Legea 5 iunie 2003 nr. 131, între Guvern, Regiunile și Provinciile Autonome Trento și Bolzano privind documentul intitulat "Planul Național de Prevenire prin Vaccinări (PNPV) 2017-2019") și consimțămintele exprimate prin acest formular;
- am înțeles că împotriva ASL Roma 2, pot fi exercitate toate drepturile prevăzute la articolele 5 și următoarele din Regulament, inclusiv, în mod expres, **dreptul de a revoca/modifica în orice moment consimțămintele exprimate în prezentul formular;**
- am înțeles că Planul național pentru Vaccinare (a se vedea punctul 9) invită ASL-urile să efectueze, pentru a promova vaccinările obligatorii și recomandate, așa-numitele "apeluri active", adică invitații personale de a se supune vaccinării;
- am înțeles că datele privind vaccinările efectuate sunt prelucrate și din motiv de interes public și că aceste date nu vor fi niciodată diseminate în alte scopuri;
- am înțeles că, persoanele interesate, care consideră că prelucrarea datelor lor cu caracter personal, efectuată de către ASL Roma 2, încalcă prevederile Regulamentului, au dreptul de a depune o plângere la <garantul pentru protecția datelor cu caracter personal>, precum este prevăzut în art.77 din Regulament, sau de a acționa în justiție (art.79 din Regulament).

CONSIDERÂND CELE EXPUSE MAI SUS, SUBSEMNAȚUL/AȚII

☐ **AUTORIZEAȚĂ**

☐ **NU AUTORIZEAȚĂ**

Prelucrarea datelor cu caracter personal proprii și ale minorului/rei, aflat/ă în incapacitate legală, pe care îl reprezintă legal pentru gestionarea procesului de vaccinare;

Își exprimă acordul cu privire la efectuarea ciclului de bază și a rechemărilor ulterioare pentru toate vaccinările obligatorii și opționale - conform formulărilor existente în comerț - prevăzute de Planul Național de Prevenire prin Vaccinare 2017-2019 și de DL 7 iunie 2017 nr. 73, astfel cum a fost modificat prin Legea de conversie nr. 119, din 31 iulie 2017, enumerate mai jos:

SI'	NO	
☐	☐	Hexavalent (Vaccin diftero-tetano-pertussis acellular-poliomielitic-Haemophilus Bhepatitic B)
☐	☐	Pentavalent (Vaccin diftero-tetano-pertussis acellular-poliomielitic-Haemophilus B (DTPa-VPI-Hib)
☐	☐	Tetravalent pediatric (Vaccin diftero-tetano-pertussis acellular-poliomielitic(DTPa-VPI))
☐	☐	Tetravalent adulți (Vaccin diftero-tetano-pertussis acellular-poliomielitic(dTpa)
☐	☐	Trivalent (Vaccin diftero-tetano-pertussis acellular)
☐	☐	RORV (Vaccin Rujeolă- Oreion- Rubeolă -Varicelă)
☐	☐	ROR (Vaccin Rujeolă- Oreion- Rubeolă)
☐	☐	Vaccin anti Haemophilus B
☐	☐	Vaccin antihepatita A
☐	☐	Vaccin antihepatita A+B
☐	☐	Vaccin antihepatita B pediatric
☐	☐	Vaccin antihepatita B adulți
☐	☐	Vaccin antihepatita B pentru pacienți cu hemodializă
☐	☐	Vaccin anti zona zoster recombinant
☐	☐	Vaccin anti zona zoster atenuat
☐	☐	Vaccin Meningococic ACYW135
☐	☐	Vaccin Meningococic B
☐	☐	Vaccin Anti-Papillomavirus HPV9
☐	☐	Vaccin Pneumococic 15
☐	☐	Vaccin Pneumococic 20
☐	☐	Vaccin Pneumococic 23
☐	☐	Vaccin Antipolio IPV
☐	☐	Vaccinul Rotaviral
☐	☐	Vaccin Varicelic
☐	☐	Altceva _____

Data

Semnătura

Instituția

semnătura medicului care primește acordul

Per la traduzione si ringraziano: