FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN

El/la abajo firmante Apellido ---------- Nombre ----------
Nacido/a en ---------- el ---------- Código Fiscal* ----------
Residente en ---------- Calle/Plaza ---------- N° ----------
Número de teléfono ---------- correo electrónico ----------
Identificado con documento ---------- N° ----------
Vencimiento// ---------- Emitido por ----------

y

El/la abajo firmante Apellido ---------- Nombre ----------
Nacido/a en ---------- el ---------- Código Fiscal* ----------
Residente en ---------- Calle/Plaza ---------- N° ----------
Número de teléfono ---------- correo electrónico ----------
Identificado con documento ---------- N° ----------
Vencimiento// ---------- Emitido por ----------

EN SUS RESPECTIVAS CONDICIONES DE

En caso de menor de edad:

Progenitor/es, titular/es de la autoridad parental sobre el menor: ----------
nacido/a en ---------- el ----/ ----/ ---------

Es decir, en el caso de una persona incapacitada
Representante Legal (tutor u otro) de: ----------
nacido/a en ---------- el ----/ ----/ ---------

*(no obligatorio)

DECLARO/DECLARAMOS:

1. Haber obtenido el consentimiento del otro progenitor (si está ausente) quien, al no poder asistir hoy, haya sido informado personalmente por el abajo firmante de la necesidad de realizar la vacunación;
2. que ha comunicado correctamente la información sobre los datos personales y las condiciones de salud del/de la niño/a o de la persona que representa legalmente;
3. **de haber recibido información sobre la/las enfermedad/es y su prevención, sobre las características de la/las vacuna/s utilizada/s, los beneficios y riesgos potenciales de la/las vacuna/s y sobre el número de administraciones previstas en el calendario de vacunación vigente;**

4. **de haber tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas a solicitudes de aclaraciones relativas a la/las vacunación/es;**
5. de haber leído y entendido la información de conformidad con los artículos 13 y 14 del reglamento 2016/649/UE "Reglamento general sobre la protección de datos personales" de la ASL ROMA 2;
6. de haber entendido que todos los datos serán tratados cumpliendo con los estándares de protección establecidos por el Reglamento antes mencionado;
7. de haber entendido que ASL Roma 2, cuyos datos identificativos se indican en la información, es la responsable del tratamiento y que es necesario conceder y permitir el procesamiento de datos para poder ser vacunado;
8. de haber entendido que ASL ROMA 2 ha designado un Delegado de Protección de Datos que se puede contactar en la dirección de correo electrónico: dpo@aslroma2.it
9. de haber entendido que en esta ASL existe un registro informatizado de vacunación activo en el que se almacenan los datos relativos a la administración de vacunas (Acuerdo de conformidad con el art. 8, apartado 6 de la Ley de 5 de junio de 2003 n. 131, entre el Gobierno, las Regiones y Provincias Autónomas de Trento y Bolzano sobre el documento que contiene el "Plan Nacional de Prevención de Vacunas (PNPV) 2017-2019") y los consentimientos expresados a través de este formulario;
10. de haber entendido que todos los derechos a que se refieren los artículos 15 y siguientes del Reglamento pueden ejercerse frente a ASL Roma 2 incluyendo expresamente el derecho a revocar/modificar los consentimientos expresados en este formulario en cualquier momento;
11. de haber entendido que el Plan Nacional de Vacunas (ver punto 9) invita a las ASL a realizar, con el fin de promover las vacunaciones obligatorias y recomendadas, las denominadas "convocatorias activas" o invitaciones personales a vacunarse;
12. de haber entendido que el tratamiento de los datos relativos a las vacunas administradas también se realiza por razones de interés público y que dichos datos nunca serán cedidos para ningún otro fin;
13. de haber entendido que los interesados que consideren que el tratamiento de los datos personales que les conciernen realizado por ASL Roma 2 infringe las disposiciones del Reglamento, tienen derecho a presentar una reclamación ante el garante de la protección de los datos personales, según lo previsto en el Artículo 77 del Reglamento, o actuar en las instancias judiciales correspondientes (Art. 79 del Reglamento).

VISTO TODO LO ANTERIOR, EL/LA/LOS ABAJO/A/OS FIRMANTE/S

☐ **ESTÁ DE ACUERDO** ☐ **NO ESTÁ DE ACUERDO**

Al tratamiento de los datos personales propios y del/de la menor discapacitado/a que representa legalmente para la gestión del proceso de vacunación;

Expresa su consentimiento para la realización del ciclo básico y refuerzos posteriores para todas las vacunaciones obligatorias y opcionales - según las formulaciones existentes en el mercado - previstas por el Plan Nacional de Prevención de Vacunas 2017-2019 y el Decreto Ley del 7 de junio de 2017 n.73, modificado por la Ley de conversión del 31 de julio de 2017 n.119 que se enumeran a continuación:

SÍ	NO		
☐	☐	**Hexavalente**	(antidifteria-tétanos-tos ferina-polio-hemophilusB-hepatitisB)
☐	☐	**Pentavalente**	(anti-difteria-tétanos-tos ferina-polio-hemophilusB)
☐	☐	**Tetravalente pediátrico**	(anti-difteria-tétanos-tos ferina-polio)
☐	☐	**Tetravalente adultos**	(anti-difteria-tétanos-tos ferina-polio)
☐	☐	**Trivalente**	(antidifteria-tétanos-tos ferina)
☐	☐	**MPRV**	(anti-sarampión-paperas-rubéola-varicela)
☐	☐	**MMR**	(anti- sarampión-paperas-rubéola)
☐	☐	**Anti-HemophilusB**	
☐	☐	**Antihepatitis A**	
☐	☐	**Antihepatitis A+B**	
☐	☐	**Antihepatitis B pediátrica**	
☐	☐	**Antihepatitis B adultos**	
☐	☐	**Antihepatitis B para pacientes en hemodiálisis**	
☐	☐	**Anti-Herpes Zoster recombinante**	
☐	☐	**Anti-Herpes Zoster atenuado**	
☐	☐	**Antimeningococo ACYW135**	
☐	☐	**Antimeningococo B**	
☐	☐	**Anti-Papilomavirus HPV9**	
☐	☐	**Anti-neumococo15**	
☐	☐	**Anti-neumococo20**	
☐	☐	**Anti-neumococo23**	
☐	☐	**Anti- polio IPV**	
☐	☐	**Anti-Rotavirus**	
☐	☐	**Anti-varicela**	
☐	☐	**Otro** ----------	

Fecha Firma

Medicamento Firma del médico que recibe el consentimiento