



ISTITUTO COMPRESIVO "RINA DURANTE"
MELENDUGNO - BORGAGNE

Scuola dell'infanzia, Scuola Primaria e Scuola Secondaria di primo grado
Sede amministrativa: Via San Giovanni, 1 - 73026 MELENDUGNO Tel. 0832.834021 - Fax 0832.837175
Ambito 18 Codice Meccanografico: LEIC829006 - Codice fiscale 80010880757
Sito web: www.icsmelendugno.edu.it - e mail: leic829006@istruzione.it
e-mail certifica: leic829006@pec.istruzione.it



Al personale della scuola

Alle famiglie

Agli alunni di età superiore a 12 anni

Circolare n. 164

OGGETTO: vaccinazione alunni nati entro l'8/09/2009 (età pari o superiore ai 12 anni)

Carissimi,

come stabilito dal Dipartimento della Salute della Regione Puglia, che prevede una campagna di vaccinazione nella popolazione studentesca tra i ragazzi di 12 e 18 anni non in condizioni di fragilità, si comunica la U.O. SISP di Martano ci ha informato che si organizzerà per effettuare la vaccinazione degli alunni iscritti presso il nostro istituto che abbiano compiuto 12 anni entro l'8/09/2021 nei seguenti giorni:

- Mercoledì 08 settembre 2021 a partire dalle ore 9.00
- Giovedì 09 settembre 2021 a partire dalle ore 9.00.

La vaccinazione si effettuerà nella palestra della scuola centrale di via san Giovanni con ingresso direttamente dalla palestra

Gli studenti saranno ripartiti con una frequenza di 30 ogni mezz'ora nei due giorni, a partire dalle ore 9.00 seguendo il seguente calendario:

8/9/2021

Ore 9.00 classe 2^A

Ore 9.30 classe 2^B

Ore 10.00 classe 2^C

Ore 10.30 classe 2^D

9/9/2021

Ore 9.00 classe 3^A

Ore 9.30 classe 3^B

Ore 10.00 classe 3^C

Ore 10.30 classe 3^D

Qualora nelle classi 1^ ci siano alunni che abbiano già compiuto 12 anni potranno recarsi a scuola per la vaccinazione il giorno 8 Settembre a partire dalle ore 10.45

Si allega alla presente modulo del consenso informato e modulo di delega da parte di uno o entrambi i genitori.

Si sottolinea che entrambi i genitori dovranno acconsentire alla somministrazione del vaccino, in presenza o con delega.

In ogni caso, durante la vaccinazione, dovrà essere presente a scuola almeno uno dei due genitori

Si resta a disposizione per eventuali chiarimenti

L'occasione mi è gradita per porgervi cordiali saluti.

Il Dirigente Scolastico
Avv. Anna Rita Carati

DATI IDENTIFICATIVI DEL VACCINANDO

NOME COGNOME

.....

DATA di NASCITA

.....

LUOGO di NASCITA

.....

RESIDENZA

.....

Telefono

Mail

.....

Tessera sanitaria (se disponibile)

CODICE FISCALE

N.

DATI IDENTIFICATIVI DEI GENITORI O DI ALTRI SOGGETTI TITOLARI DELLA POTESTA' GENITORIALE

1) Genitore/Titolare della potestà genitoriale (Nome Cognome)

.....

nato a il

Documento di identità n.

Rilasciato da

Il Scadenza

2) Genitore/Titolare della potestà genitoriale (Nome Cognome)

.....

nato a il

Documento di identità n.

Rilasciato da

Il Scadenza

1 sottoscritt / _ _____ consapevole/i delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

**DICHIARA/DICHIARANO
sotto la propria responsabilità:**

- di aver letto, di aver ricevuto illustrazioni in una lingua nota e di aver del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: "Comirnaty" di Pfizer/BioNTech (Versione 04. del 16/06/2021- 0027471-18/06/2021-DGPRES-DGPRES-P - Allegato Utente 2 (A02)
- di aver riferito al Medico le patologie del minore, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione;
- di aver avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del minore ottenendo risposte esaurienti e da me/noi comprese;
- di essere stato adeguatamente informato con parole a me/noi chiare;
- di aver compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione del minore, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose, se prevista;
- di essere consapevole/i che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà responsabilità del genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale informare immediatamente il Medico curante del minore e seguirne le indicazioni;
- di accettare di rimanere con il minore nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate;

- di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, mediante delega scritta corredata da copia di documento di identità (in allegato);*
- di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente;*

**SPAZIO RISERVATO AD EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL
TRIBUNALE DEI MINORI RELATIVAMENTE ALLA POTESTA'
GENITORIALE**

Provvedimento del Tribunale dei Minori di

n. data

**di ACCONSENTIRE ED AUTORIZZARE la somministrazione del
VACCINO COVID 19 "COMIRNATY" (PFIZER/BIONTECH)**

Data e Luogo _____

Firma del minore _____

Firma del 1° genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale

Firma del 2° genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale

**di RIFIUTARE la somministrazione del
VACCINO COVID 19 "COMIRNATY" (PFIZER/BIONTECH)**

Data e Luogo _____

Firma del minore _____

Firma del 1° genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale

Firma del 2° genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

Nome e Cognome (Medico) _____

confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

Firma _____

Nome e Cognome _____

Ruolo _____

confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

Firma _____

La presenza del 2° sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo Medico, al domicilio o in stato di criticità logistico-organizzativa.

N.B.

**LA VACCINAZIONE NON POTRA' ESSERE EFFETTUATA IN CASO DI MANCANZA
DEI DOCUMENTI SOPRA CITATI**



DELEGA VACCINAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente in via _____ CAP _____ Città _____
Codice Fiscale _____
Documento di identità n. _____ rilasciato da _____
il _____

DELEGA

il/la sig./sig.ra _____ nato/a _____ il _____
residente in via _____ CAP _____ Città _____
Codice Fiscale _____
Documento di identità n. _____ rilasciato da _____
il _____

a (indicare il tipo di operazione per cui si effettua la delega)

Luogo e Data

Firma Delegante

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante
Allegare anamnesi e consenso ad effettuare la vaccinazione

IL DELEGATO SI PRESENTI CON DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'