

**CONFERMA DEL CONSENSO PER LA SECONDA DOSE
DEL VACCINO ANTI-COVID**

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

CONFERMO

Quanto sottoscritto nel CONSENSO INFORMATO firmato in occasione della I DOSE del vaccino

- Covid-19 Vaccine Moderna
- Pfizer BioNTech Covid 19
- Covid-19 Vaccine AstraZeneca

avvenuta in data _____ ed inoltre

DICHIARO

- Di **NON AVER** manifestato reazioni avverse importanti e/o di **NON AVER** sviluppato condizioni cliniche/patologiche incompatibili con la vaccinazione;
- Di **AVER** manifestato reazioni avverse importanti e/o di **AVER** sviluppato condizioni cliniche/patologiche incompatibili con la vaccinazione, del tipo:

dopo la prima somministrazione del vaccino.

Acconsento, dunque, alla somministrazione della II DOSE del vaccino:

- Covid-19 Vaccine Moderna
- Pfizer BioNTech Covid 19
- Covid-19 Vaccine AstraZeneca

Luogo e data _____

Firma del Vaccinando _____

Firma dell'Operatore Sanitario _____

Sito di iniezione	N° lotto e scadenza	Data e ora di somministrazione	Luogo di somministrazione	Firma Operatore Sanitario