

Il tuo appuntamento per il Vaccino
Il tuo codice prenotazione è: GA2ME2MB
Il tuo codice paziente è: GMEI4MIP



Dettagli Appuntamento

Centro Vaccinale: Palermo (Enrico Albanese) - Antinfluenzale
Via Papa Sergio I, 5
Data Vaccinazione: 27/11/2025 alle ore 11:40:00

Categoria: Vaccinazioni

Ricorda di portare con te:

- Cartellino vaccinazione

Solo se in possesso della documentazione attestante l'appartenenza alla categoria in target si potrà procedere alla vaccinazione.

Regione Siciliana



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
U.O.C. SANITA' PUBBLICA, EPIDEMIOLOGIA E MEDICINA PREVENTIVA
Via Carmelo Onorato n. 6, Palermo, tel.: 091-8286802
Mail: uoc.epidemiologia@asppalermo.org
PEC: epidemiologia@asppa.it

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a/i _____

in qualità di:

☐ genitore/i ☐ tutore/i del minore _____

Nato/a a _____ il _____ residente a _____

in via _____ n. tel./cell. _____

domiciliato/a a (specificare solo se diverso da residenza) _____

dichiara/no di aver preso visione della documentazione informativa proposta, di essere stato/i informato/i sulle indicazioni, le controindicazioni e gli effetti collaterali a breve e a lungo termine delle vaccinazioni e sui rischi per la salute in caso di mancata vaccinazione.

☐ acconsento/acconsentiamo ☐ non acconsento/non acconsentiamo

a sottoporre mio/a figlio/a alle seguenti vaccinazioni:

Esavalente		Pneumococco 20 valente	
Tettravalente (DTP-IPV)		Pneumococco 23 valente	
DTP		Zoster	
dTpa		Influenza	
DT		Meningococco (ACWY)	
Tetano		Meningococco B	
Hib		HPV	
MPR		Tifo orale	
Varicella		Tifo parenterale	
MPRV		Colerico	
Epatite A pediatrico		Rabbia	
Epatite A + Epatite B pediatrico		Rotavirus	
Pneumococco 13 valente		Altro	

Prendo atto che è raccomandabile non allontanarsi dalla struttura per 30 minuti dall'avvenuta vaccinazione.

Dichiaro, infine, di avere ricevuto e compreso l'informativa per il trattamento dei dati personali, ai sensi del Decreto Legislativo 30/6/2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR 2016/679 (Regolamento UE 2016/679) ed autorizzo l'ASP di Palermo al trattamento dei dati personali rilasciati con la presente in ambito sanitario, in particolare a fini di prevenzione, nonché a fini amministrativi-contabili e fiscali.

*Firma dell'interessato _____ Luogo _____ Data _____

*firma genitore/tutore presente, il quale dichiara, sotto la propria responsabilità, di esercitare la potestà nei confronti del minore e che anche l'altro genitore è consenziente.

Firma dell'Assistente Sanitario/Infermiere _____

Firma del Medico vaccinatore _____