



**CONFERMA DEL CONSENSO PER LA SECONDA DOSE DEL VACCINO
ANTI-COVID PER DOCENTI/OPERATORI SCOLASTICI**

Il sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____

CONFERMA

quanto sottoscritto nel modulo di CONSENSO firmato in occasione della somministrazione della prima DOSE del vaccino VAXZEVRIA e, inoltre, consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000,

DICHIARA

- di prestare servizio in qualità di operatore / docente presso l'istituto scolastico/comprendivo/di formazione (specificare mansione lavorativa e scuola):

- di **NON AVER** manifestato reazioni avverse importanti e/o di **NON AVER** sviluppato condizioni cliniche/patologiche incompatibili (ad es. COVID-19) con la vaccinazione dopo la prima somministrazione del vaccino;
- di **AVER** manifestato reazioni avverse importanti e/o di **AVER** sviluppato condizioni cliniche/patologiche incompatibili con la vaccinazione dopo la prima somministrazione del vaccino, in particolare:

ACCONSENTE, dunque, alla somministrazione della seconda DOSE del vaccino VAXZEVRIA.

Firma dell'Operatore Sanitario

Firma del Docente/Operatore scolastico

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