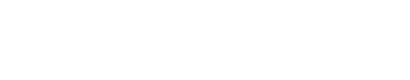
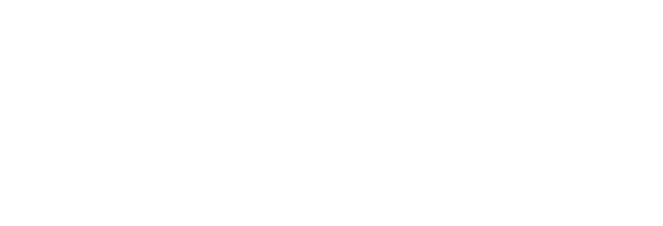
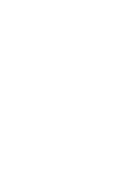
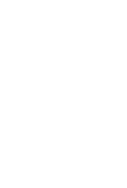
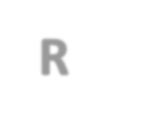
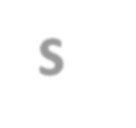
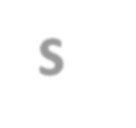
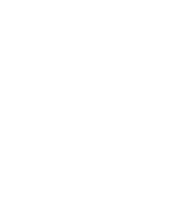


**ZIO ARIO NALE**



**E**

**RVI**

**A**

**NIT**

**E**

**GIO**

*Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie*

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE COSENZA

**Dipartimento di Prevenzione**

**U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica**

**Direttore ff. dott. M. RIZZO**

**Sede territoriale di Castrovillari**

**Responsabile Dr.ssa A. Marranchella**

tel.0981/485510- 20-50- 23

**email** *igienepubblica.castrovillari@aspcs.it*



REGIONE CALABRIA

**CONSENSO INFORMATO**

**Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**genitoredi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DICHIARO:**

**di essere stato informato sulle indicazioni, le controindicazioni e gli effetti collaterali a breve e a lungo termine delle vaccinazioni sotto elencate e sui rischi per la salute in caso di mancata vaccinazione.**

**PERTANTO acconsento alla effettuazione dei seguenti vaccini:**

**anti-meningococco coniugato tetravalente (A,C,W135 e Y)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ⃝**

**anti-meningococco B \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ⃝**

**anti-papillomavirus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ⃝**

**Data……………………………. Firma del genitore**

**…………………………………………………………..**