



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE PESCARA 5**  
SCUOLE INFANZIA – PRIMARIE E SCUOLA SECONDARIA DI I° GRADO "G.ROSSETTI"  
65100 PESCARA - Via Gioberti, 15 - Tel./Fax. 085/72955  
email: peic83400b@istruzione.it – C.F.: 91117020684



Prot. 12238/A23

Pescara, 21 ottobre 2021

Al personale dell'IC 5 Pescara

Ai genitori degli alunni

Sito web - Atti

**AVVISO: Open day campagna vaccinale anti Covid 19 presso la palestra della scuola  
secondaria di I grado "Rossetti" sita in via Raffaello – il 30 ottobre 2021**

Si comunica che SABATO 30 OTTOBRE 2021 dalle ore 09,00 alle 12,00 presso la palestra della scuola media Rossetti, come da richiesta dell'USL-Dipartimento di prevenzione Prot. 0187404/21 del 21 ottobre 2021 che si allega per conoscenza, sarà presente un team sanitario del Ministero della Difesa, composto da un Ufficiale medico e due Infermieri professionali per somministrare la vaccinazione anti-Covid a bambini sopra i 12 anni, a personale docente e non docente dell'istituto, ai genitori degli alunni e a tutti coloro che in via assolutamente spontanea e volontaria intendano avvalersi di questo servizio.

Per agevolare l'attività del servizio sanitario si allegano i documenti da scaricare e compilare.



Il Dirigente Scolastico  
*Prof.ssa Daniela Massarotto*



Città di Pescara  
Medaglia d'oro al Merito Civile



*Al Vice Sindaco*

Pescara, 21 Ottobre 2021

AI DIRIGENTI SCOLASTICI  
DI OGNI ORDINE E GRADO  
COMUNE DI PESCARA

E per pc  
Al Sig. Sindaco  
Avv. Carlo Masci

Alla Dirigente  
Ufficio Scolastico Territoriale per la Provincia  
di Pescara  
Prof. Maristella Fortunato

Al Presidente Commissione  
Pubblica Istruzione  
Dott. Fabrizio Rapposelli



**Oggetto: Vaccinazione Covid**

Si informano le SS.LL. che, nei giorni **29 e 30 Ottobre 2021**, sono state messe a disposizione della ASL dall'Amministrazione Comunale, le palestre delle scuole medie "Foscolo" e "Rossetti", per la somministrazione dei vaccini anti Covid-19.

Sono invitati tutti i ragazzi dai 12 anni in su che hanno già ricevuto la prima dose vaccinale (Moderna) e anche le loro famiglie.

Inoltre, sarà possibile, per chi lo vorrà, fare anche la prima dose vaccinale (Moderna).  
Si ricorda che i minori dovranno essere muniti del relativo modulo di autorizzazione debitamente compilato e firmato da parte dei genitori (che qui vi alleghiamo).

Le vaccinazioni avverranno:

**il giorno 29/10 dalle 15:00 alle 18:00**

presso Istituto Comprensivo 1 – nella palestra della Scuola **secondaria U. Foscolo** –  
Via Einaudi 1;

**il giorno 30/10 dalle 09:00 alle 12:00**

presso Istituto Comprensivo 5- nella palestra della Scuola **secondaria Rossetti** –  
Via Raffaello Sanzio 181;

Assessore con deleghe alla:

Pubblica Istruzione, Parchi e Verde Pubblico, Rapporti con il Consiglio Comunale, Politiche Energetiche  
Piazza Italia, 1 – 65121 Pescara – tel. 085.4283534 – 3535 – 3536 - e-mail: [vicesindaco@comune.pescara.it](mailto:vicesindaco@comune.pescara.it)

Va ancora una volta precisato che la vaccinazione per prevenire infezioni dal virus Covid-19 (SARS-CoV-2) è vivamente raccomandata dalle istituzioni, ma non è un obbligo.

Si prega di darne massima diffusione, e si ringrazia per la collaborazione.  
Rimaniamo a disposizione per qualsiasi chiarimento del caso.

Il Vice Sindaco  
con delega alla Pubblica Istruzione  
Prof. Gianni Santilli

Firmato digitalmente da: SANTILLI GIOVANNI  
Data: 21/10/2021 09:43:45



**UNITA SANITARIA LOCALE PESCARA**  
**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

Via Renato Paolini n° 45 – 65124 PESCARA  
Tel. 085 4253178 – PEC dipartimentoprevenzione.aslpe@pec.it



**Nome e Cognome del vaccinando**

\_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

**Dati identificativi dei genitori o del Rappresentante Legale**

Padre (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_ nato il \_\_/\_\_/\_\_

a \_\_\_\_\_

Madre (Nome e Cognome): \_\_\_\_\_ nato il \_\_/\_\_/\_\_

a \_\_\_\_\_

Rappresentante Legale (tutore o altro): \_\_\_\_\_ nato il \_\_/\_\_/\_\_

a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, sottoscritt./\_\_\_\_\_ consapevole 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** sotto la propria responsabilità:

**di aver ricevuto** tramite

- materiale informativo specifico sull'argomento che è stato preventivamente reso disponibile e di cui ho compreso il contenuto;
- colloquio con un medico operatore sanitario;

**un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:**

- sulla **modalità di effettuazione** della/e vaccinazione/i e la **via di somministrazione** del/i vaccino/i;
- sui **vantaggi, il grado di efficacia** e gli **effetti collaterali** della vaccinazione nonché delle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione;
- sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;
- sugli eventuali **effetti collaterali** della/e vaccinazione/i e probabilità del loro verificarsi, nonché delle possibilità e modalità di loro trattamento;
- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore **colloquio** per poter acquisire ulteriori informazioni;
- sulla possibilità di **revocare** il presente consenso in qualsiasi momento, con conseguente mancata o ridotta (se trattasi di ciclo vaccinale a più dosi non completato) protezione nei confronti della/e malattia/e per cui si vaccina;

di essere stato invitata/o a trattenere il minore vaccinato presso l'Ambulatorio per i quindici minuti successivi alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini;  
di aver riferito corrette informazioni sullo stato di salute del vaccinando;

- di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna;
- di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente;

e quindi di **ACCETTARE** la seguente vaccinazione proposta:

	Accetto	firma
VACCINO COVID 19 COMIRNATY (PFIZER)		
VACCINO COVID 19 SPIKEVAX (MODERNA)		

Firma del genitore/del legale rappresentante

---

#### Informativa

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla vaccinazione, accettata dal vaccinando, Per la vaccinazione proposta, sono state affrontate le tematiche relative alle rispettive patologie, a vaccino utilizzato e alle modalità e sede di somministrazione, ai rischi e conseguenze della mancata vaccinazione, alle controindicazioni e ai possibili effetti collaterali e sono state fornite indicazioni sulla normativa (L.210/92) in caso di eventi avversi gravi alle vaccinazioni obbligatorie. Ho inoltre verificato che le informazioni fornite sono state recepite con soddisfazione dall'utente.

Timbro e Firma del medico/dell'operatore sanitario

---

Centro Vaccinale di \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_