



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



ISTITUTO COMPRENSIVO PESCARA 5-PESCARA
Prot. 0010334 del 14/09/2021
(Uscita)

Pescara, 14 settembre 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 -Sabato 18 settembre 2021
dalle ore 9.00 alle ore 13.00**

Si comunica che sabato 18 settembre 2021 dalle ore 9.00 presso la palestra della scuola media Rossetti, come da richiesta dell'USL-Dipartimento di prevenzione Prot. 0121711/21 del 13 settembre 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



UNITÀ SANITARIA LOCALE PESCARA
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Via Renato Paolini n° 45 – 65124 PESCARA
Tel. 085 4253178 – PEC dipartimentoprevenzione.aslpe@pec.it
DIRETTORE: Dott. Ildo Polidoro



Prot. N. 0121711/21

Pescara 13 settembre 2021

DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO PESCARA 5
Prof.ssa Daniela MASSAROTTO
Via V. Gioberti n.ro 15
PESCARA

Oggetto: Open Day junior campagna di vaccinazione Anti-COVID19 presso le scuole della ASL di Pescara.

Nell'ambito della campagna di vaccinazione Anti-COVID19, la ASL di Pescara organizza, unitamente al Ministero della Difesa ed al Comune di Pescara, giornate dedicate alle scuole, per i ragazzi di età compresa tra 12 anni compiuti e 18 anni.

La vaccinazione COVID-19 può aiutare a proteggere anche bambini e ragazzi, in quanto anche i bambini possono essere infettati dal virus SARS-CoV-2, possono ammalare e possono diffondere il virus ad altri. In alcuni rari casi inoltre, l'infezione può determinare lo sviluppo di una forma di malattia infiammatoria che può risultare particolarmente aggressiva. Far vaccinare i bambini ed i ragazzi aiuta a proteggerli, unitamente alle loro famiglie. La vaccinazione è ora raccomandata per tutti i soggetti a partire dai 12 anni.

Si chiede pertanto la collaborazione del Vs. Istituto Scolastico al fine di rendere nota questa iniziativa alle famiglie degli alunni che frequentano l'Istituto e mettere a disposizione un locale interno alla scuola per effettuare la vaccinazione COVID-19. A tale riguardo, comunichiamo che un Team sanitario del Ministero della Difesa, composto da un Ufficiale Medico e due Infermieri Professionali, sarà presente nel giorno di sabato 18 settembre 2021, dalle ore 09:00, nella Vostra sede di via Raffaello, presso la palestra della Scuola media "Rossetti" in Pescara.

Nell'occasione, il Team sanitario del Ministero della Difesa sarà a disposizione per somministrare la vaccinazione anche al personale docente e non docente dell'Istituto nonché ai genitori degli alunni che volessero essere sottoposti a vaccinazione.



IL DIRETTORE
Dipartimento di Prevenzione
Dott. Ildo Polidoro



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 / /