



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
Sede legale: Via del Vespro n.129 - 90127 Palermo
CF e P.IVA: 05841790826
COMITATO ETICO LOCALE (CEL)

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Versione 01 del 12/10/2024

Titolo dello studio: Vaccinazione con vaccino intranasale antinfluenzale nelle scuole dell'infanzia e primarie pubbliche nel comune di Palermo

Promotore dello studio: Ambulatorio Vaccinale AOU Policlinico Palermo, Servizio Epidemiologia e Prevenzione ASP Palermo, Federazione Italiana Medici Pediatri di Palermo

Sperimentatore Principale: Prof Claudio Costantino, Università di Palermo, AOU Policlinico Palermo, 0916553637, claudio.costantino@policlinico.pa.it

Io sottoscritto/a _____ nato/a il ___/___/_____ residente a _____ via/piazza _____ Tel. _____ domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Padre di _____ nato/a il _____ a _____ residente a _____ via/piazza _____

Madre di _____ nato/a il _____ a _____ residente a _____ via/piazza _____

DICHIARO

- di aver ricevuto dal Prof. Claudio Costantino esaurienti spiegazioni in merito alla richiesta di partecipazione di mio figlio/a alla vaccinazione con vaccino intranasale nelle scuole dell'infanzia e primarie pubbliche del Comune di Palermo, secondo quanto riportato nella scheda informativa, facente parte di questo consenso, della quale mi è stata consegnata una copia in data _____ alle ore _____ (indicare data e ora della consegna);
- che mi sono stati chiaramente spiegati e di aver compreso la natura, le finalità, le procedure, i benefici attesi, i rischi e gli inconvenienti possibili e le alternative dello studio clinico;
- di aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti;
- di aver avuto tutto il tempo necessario prima di decidere se partecipare o meno;
- di non aver avuto alcuna coercizione indebita nella richiesta del Consenso;
- che mi è stato chiaramente spiegato di poter decidere liberamente di non prendere parte allo studio;
- di essere consapevole dell'importanza (e della mia responsabilità) di informare il pediatra di libera scelta di mio figlio/figlia della vaccinazione da effettuare;



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
Sede legale: Via del Vespro n.129 - 90127 Palermo
CF e P.IVA: 05841790826
COMITATO ETICO LOCALE (CEL)

DICHIARO pertanto che mio figlio/a

aderisca **NON aderisca**

Alla vaccinazione in oggetto

volere **NON volere**

Informare il pediatra di libera scelta di mio figlio/a della partecipazione allo studio e della vaccinazione eseguita

Che Inoltre mio figlio/a ha meno di 9 anni e **NON ha mai effettuato** in precedenza la vaccinazione antinfluenzale e quindi dovrà effettuare una seconda dose a partire da 4 settimane dopo la prima dose

_____/_____/_____
Nome per esteso del Genitore/Tutore Legale Data Firma

_____/_____/_____
Nome per esteso del Genitore/Tutore Legale Data Firma

_____/_____/_____
Nome per esteso del bambino/a vaccinando Data Firma

Sottoscrivendo questo modulo acconsento al trattamento dei dati personali di mio figlio/a ed al loro caricamento sul portale dell'Anagrafe Vaccinale Regionale per gli scopi della ricerca nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento.

NOTA BENE

una copia del presente modulo, firmato e datato, allegato alle "Informazioni scritte per il Paziente" dovrà essere consegnata al Genitore/Tutore Legale del vaccinando/a