



**Istituto Comprensivo Statale "Carrieri - Colombo"**

74121 TARANTO Ambito 21 - Uffici plesso "Colombo" Via Medaglie d'Oro,117 Tel./Fax 099/7366169

C.M. TAIC87100E - C.F. 90264310732 - Codice Univoco Ufficio UFH6V1 - [www.carrieri-colombo.edu.it](http://www.carrieri-colombo.edu.it)

(PEO) [taic87100e@istruzione.it](mailto:taic87100e@istruzione.it) - (PEC) [taic87100e@pec.istruzione.it](mailto:taic87100e@pec.istruzione.it)



## Circolare n° 306

I.C. "CARRIERI - COLOMBO" - TARANTO  
Prot. 0006761 del 20/08/2021  
(Uscita)

Ai Genitori degli Alunni nati negli  
anni 2003-2009

Ai Docenti e al Personale ATA

Sito web istituzionale

DidUP – Bacheca della scuola

### **Oggetto: Campagna vaccinale anti-covid dedicata agli studenti dai 12 ai 18 anni (coorte 2003-2009).**

Con riferimento alla campagna vaccinale anti-covid, in atto a livello nazionale, dedicata agli studenti dai 12 ai 18 anni (coorte 2003-2009), allo scopo di favorire la più ampia adesione da parte della popolazione oggetto dell'attività vaccinale, si comunicano di seguito le disposizioni organizzative adottate a riguardo dalla ASL di Taranto.

#### **CALENDARIO CAMPAGNA VACCINALE RAGAZZI DAI 12 AI 18 ANNI:**

- **20 e 27 agosto 2021 dalle 18.00 alle 24.00, Open Day presso l'hub Porte delle Jonio (ex Auchan)**
- **dal 23 al 27 agosto negli Hub della provincia** attraverso prenotazione tramite i canali dedicati (lapugliativaccina, farmacie abilitate e numero verde 800713931).

Gli alunni devono presentarsi alla vaccinazione

- muniti di consenso informato (Allegato 1) già compilato e sottoscritto da entrambi i genitori;
- accompagnati da entrambi i genitori; in alternativa, gli alunni possono essere accompagnati:
  - anche da un solo genitore, ma in tal caso è necessaria la delega del genitore assente (Allegato 2)
  - da un altro adulto con delega firmata da entrambi i genitori (Allegato 3)In ogni caso, per essere valida, la delega deve essere firmata e deve essere accompagnata da copia della carta d'identità di delegante/i e di delegato.

Si precisa che, allo scopo di garantire l'avvio delle lezioni scolastiche con ciclo vaccinale completo, gli alunni saranno vaccinati esclusivamente con vaccino Biontech/Pfizer e il richiamo sarà somministrato dopo 21 giorni.

Il Dirigente Scolastico

Giovangualberto Carducci

*Il presente documento è firmato digitalmente  
ai sensi del D.Lgs. n. 82/2005*

**MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTI-COVID19  
FASCIA DI ETA' DA 12 ANNI COMPIUTI A 18 ANNI NON COMPIUTI  
COMIRNATY (BioNTech/Pfizer)**

**NOME COGNOME:** \_\_\_\_\_

**DATA di NASCITA:** \_\_\_\_\_ **LUOGO di NASCITA** \_\_\_\_\_

**RESIDENZA:** \_\_\_\_\_

**Telefono:** \_\_\_\_\_ **Mail:** \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE**

**Tessera Sanitaria (se disponibile)** \_\_\_\_\_

**DATI IDENTIFICATIVI DEI GENITORI O DI ALTRI SOGGETTI TITOLARI DELLA  
POTESTA' GENITORIALE**

**1) Genitore/Titolare della potestà genitoriale**

(Nome Cognome)

\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

documento di identità n. \_\_\_\_\_.

Rilasciato da \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

**2) Genitore/Titolare della potestà genitoriale**

(Nome Cognome)

\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

documento di identità n. \_\_\_\_\_.

Rilasciato da \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

1 sottoscritt / \_\_\_\_\_ consapevole/i 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/DICHIARANO**  
**sotto la propria responsabilità:**

- di aver letto, di aver ricevuto illustrazioni in una lingua nota e di aver del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: “Comirnaty” di Pfizer/BioNTech (Versione 04. del 16/06/2021- 0027471-18/06/2021-DGPRES-DGPRES-P - Allegato Utente 2 (A02))
- di aver riferito al Medico le patologie del minore, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione;
- di aver avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del minore ottenendo risposte esaurienti e da me/noi comprese;
- di essere stato adeguatamente informato con parole a me/noi chiare;
- di aver compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione del minore, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose, se prevista;
- di essere consapevole/i che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà responsabilità del genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale informare immediatamente il Medico curante del minore e seguirne le indicazioni;
- di accettare di rimanere con il minore nella sala d’aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verificano reazioni avverse immediate;

**di aver acquisito l’assenso dell’altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, mediante delega scritta corredata da copia di documento di identità (in allegato);**

**di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente;**

**SPAZIO RISERVATO AD EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL TRIBUNALE DEI  
MINORI RELATIVAMENTE ALLA POTESTA' GENITORIALE**

*Provvedimento del Tribunale dei Minori di .....*

*n. .... data .....*

**di ACCONSENTIRE ED AUTORIZZARE la somministrazione del  
VACCINO COVID 19 “COMIRNATY” (PFIZER/BIONTECH)**

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma del minore \_\_\_\_\_

Firma del 1°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale \_\_\_\_\_

Firma del 2°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale \_\_\_\_\_

**di RIFIUTARE la somministrazione del  
VACCINO COVID 19 “COMIRNATY” (PFIZER/BIONTECH)**

**Data e Luogo** \_\_\_\_\_

**Firma del minore** \_\_\_\_\_

**Firma del 1° genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale** \_\_\_\_\_

**Firma del 2° genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale** \_\_\_\_\_

---

**Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale**

**Nome e Cognome (Medico)** \_\_\_\_\_

confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

**Firma** \_\_\_\_\_

3

**Nome e Cognome** \_\_\_\_\_

**Ruolo** \_\_\_\_\_

**confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.**

**Firma** \_\_\_\_\_

La presenza del 2° sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo Medico, al domicilio o in stato di criticità logistico-organizzativa.

N.B. LA VACCINAZIONE NON POTRA' ESSERE EFFETTUATA IN CASO DI MANCANZA DEI DOCUMENTI SOPRA CITATI

## DELEGA PER LA VACCINAZIONE anti-COVID-19 nei MINORI

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

### 1) Genitore/Titolare della potestà genitoriale

(Nome Cognome)

\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

documento di identità n. \_\_\_\_\_.

Rilasciato da \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

### DELEGO

Il /la Sig./Sig. ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_

genitore del minore \_\_\_\_\_

Documento N. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

rec. Telefonico \_\_\_\_\_

a rappresentarmi presso l'Ambulatorio vaccinale per la vaccinazione di NOSTRO/A FIGLIO/A

\_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_

Si allega alla presente fotocopia del documento d'identità del dichiarante.

Firma del delegante

\_\_\_\_\_

**DELEGA PER LA VACCINAZIONE anti-COVID-19 nei MINORI**

Consapevole/i delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**1) Genitore/Titolare della potestà genitoriale**

(Nome Cognome)

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

documento di identità n. \_\_\_\_\_.

Rilasciato da \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

**2) Genitore/Titolare della potestà genitoriale**

(Nome Cognome)

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

documento di identità n. \_\_\_\_\_.

Rilasciato da \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente;

**DELEGANO/DELEGO**

Il /la Sig./Sig. ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Documento N. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Rec. Telefonico \_\_\_\_\_

a rappresentarmi/ci presso l'Ambulatorio vaccinale per la vaccinazione di MIO/NOSTRO/A FIGLIO/A

\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Si allega alla presente fotocopia del documento d'identità del/dei dichiarante/i

Firma del delegante/dei deleganti

\_\_\_\_\_