



## FONDAZIONE CASTELLINI ONLUS

Melegnano, 17 novembre 2022

### Oggetto: Consenso vaccino anti-Covid19 (5° dose- 3° dose richiamo booster)

Cari familiari,  
desideriamo informarvi che ci stiamo adoperando per procedere con la **somministrazione della 5° dose del vaccino anti-Covid19** (3° dose di richiamo Booster). Per agevolare la procedura, alleghiamo il **modulo di consenso** che vi chiediamo, una volta compilato, di consegnare personalmente o di inviare tramite mail ai responsabili di nucleo **entro giovedì 24 novembre p.v.** Precisiamo che per ottenere il richiamo, l'ultima vaccinazione oppure la guarigione devono risalire ad almeno 120 giorni prima.

NUCLEO	MAIL MEDICO	MAIL CAPOSALA
<b>PADIGLIONE GIOVENZANA</b>		
Diamante	muzzoni@fondazionecastellini.it	mazza@fondazionecastellini.it
Corallo	muzzoni@fondazionecastellini.it	mazza@fondazionecastellini.it
Acquamarina	lezzi@fondazionecastellini.it	blasotta@fondazionecastellini.it
Zaffiro	lezzi@fondazionecastellini.it	blasotta@fondazionecastellini.it
Ambra	peroni@fondazionecastellini.it	vukeljic@fondazionecastellini.it
Rubino	peroni@fondazionecastellini.it	vukeljic@fondazionecastellini.it
Giada	schito@fondazionecastellini.it	beltrami@fondazionecastellini.it
Smeraldo	vitaloni@fondazionecastellini.it	beltrami@fondazionecastellini.it
<b>PADIGLIONE CASTELLINI</b>		
Azalea	panni@fondazionecastellini.it	fazio@fondazionecastellini.it
Mimosa	muzzoni@fondazionecastellini.it	ballati@fondazionecastellini.it
Quadrifoglio	muzzoni@fondazionecastellini.it	ballati@fondazionecastellini.it
Stati Vegetativi	muzzoni@fondazionecastellini.it	ballati@fondazionecastellini.it

Ringraziando per la collaborazione, vi auguriamo buona giornata.

IL PRESIDENTE

Dott. Natale Olivari

Via Cavour, 21 - 20077 Melegnano  
tel. 02982201 - Telefax 029832154  
C.F. 84507490153 - P. IVA 03769650155  
Posta certificata: fcrm-segreteria@pec.it  
segreteria@fondazionecastellini.it  
www.fondazionecastellini.it



Organizzazione  
con Sistema di  
Gestione  
per la Qualità  
Certificato TUV Italia  
Iso 9001:2015

Riconosciuto Ente Morale  
con Personalità Giuridica  
di diritto privato con Decreto Direzione  
Generale Interventi Sociali Regione  
Lombardia n. 46189 del 15.11.1999

Agg.to al 27/09/2021

**VACCINAZIONE ANTI-COVID19**  
**MODULO DI CONSENSO (DOSE DI RICHIAMO - "BOOSTER")**

<b>Nome e Cognome:</b> .....	
<b>Data di nascita:</b> .....	<b>Luogo di nascita:</b> .....
<b>Residenza:</b> ..... .....	<b>Telefono:</b> ..... .....
<b>Tessera sanitaria (se disponibile):</b> N. ....	

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino:  
 " \_\_\_\_\_ "

Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.

Sono stato correttamente informato con parole a me chiare. Ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia alla dose di richiamo (dose "booster").

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.

Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

Agg.to al 27/09/2021

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino "\_\_\_\_\_".

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

Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale  
\_\_\_\_\_

Rifiuto la somministrazione del vaccino "\_\_\_\_\_".

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

Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale  
\_\_\_\_\_

*Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale*

1. Nome e Cognome (Medico) \_\_\_\_\_

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma \_\_\_\_\_

2. Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario)

\_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma \_\_\_\_\_

***La presenza del secondo Professionista Sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un Singolo Medico, al domicilio della Persona Vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.***