



1 C.P.I.A. BARI - -BARI
Prot. 0000019 del 03/01/2022
IV-8 (Entrata)

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari

e, per il loro tramite

a tutte le articolazioni interne

- delle Aziende Sanitarie Locali
- delle Aziende Ospedaliere Universitarie
- degli IRCCS pubblici
- degli IRCCS/EE privati

Al Coordinatore Rete Malattie Rare Puglia

Al Coordinatore Rete Oncologica Puglia

Al Coordinatore Rete Ematologica Puglia

Al Coordinatore Rete Nefrologica-Dialitica-Trapiantologica
(ReNDiT) Puglia

Ai Referenti delle Reti Talassemia, Parkinson, T.A.O., Percorso
nascita, Terapia del Dolore di Puglia

Alle Associazioni e Rappresentanze di Categoria:

- dei MMG/PLS
- delle Farmacie pubbliche e private convenzionate
- delle Strutture private accreditate

Agli Ordini Professionali

e, per conoscenza

Al Direttore Ufficio Scolastico Provinciale

Al Presidente ANCI Puglia

e, per conoscenza

Ai Componenti Cabina di Regia regionale CovidVacc

Al Referente regionale Flussi Covid-19

Ai Dirigenti delle Sezioni del Dipartimento

Al Dirigente della Struttura Comunicazione Istituzionale

Al Dirigente Sezione Protezione Civile regionale

Al Direttore Generale Aress Puglia

All'Assessore alla Formazione e Lavoro, Politiche per il lavoro,

Diritto allo studio, Scuola, Università, Formazione Professionale

OGGETTO: Piano Strategico Vaccinazione anti Covid-19 – Riduzione intervallo minimo dose booster – Potenziamento campagna vaccinale – Aggiornamento indicazioni operative e modulistica.

Facendo seguito alle note prot. AOO/005/0007878 del 14.12.2021, prot. AOO/0007954 del 18.12.2021 e prot. AOO/005/0008060 del 24.12.2021, si evidenzia che con circolare prot. 0059207 del 24.12.2021 (qui allegata) il Ministero della Salute ha trasmesso la nota congiunta di Ministero della Salute, CSS, AIFA e ISS con la quale si aggiornano le indicazioni sull'intervallo temporale relativo alla somministrazione della dose "booster" (di richiamo) nell'ambito della campagna di vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19 rimandando la data di effettiva attuazione del nuovo intervallo temporale previsto ad apposita comunicazione della Struttura Commissariale.



Con nota prot. CSEC19RM_001_REG2021_1026688 del 28.12.2021 (qui allegata) il Commissario Straordinario ha fornito indicazioni alle Regioni/Province autonome affinché sia garantita, a partire dal prossimo 10 gennaio 2022, la riduzione dell'intervallo minimo previsto **ad almeno quattro mesi (120 giorni) dal completamento del ciclo primario di vaccinazione o dall'ultimo evento**, utilizzando i vaccini autorizzati ai dosaggi approvati per il booster.

Pertanto, la Cabina di Regia regionale, riunitasi alla presenza anche del Presidente della Giunta Regionale e del Direttore del Dipartimento Promozione della salute e del benessere animale, ha ritenuto opportuno aggiornare le indicazioni operative, come di seguito riportato, anche al fine di potenziare e differenziare ulteriormente l'offerta vaccinale, con particolare riferimento ai soggetti in fascia d'età pediatrica.

1. Potenziamento offerta per la popolazione in età pediatrica (5-11 anni)

Al fine di garantire il potenziamento dell'offerta e la differenziazione dei canali di accesso alla vaccinazione, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali assicurano:

- a) **a partire dalle ore 14:00 del 3.1.2022**, la prenotazione presso gli Hub individuati per la somministrazione della prima dose di vaccino anti SARS-CoV-2/Covid-19 in favore dei soggetti in fascia di età 5-11 anni; la prenotazione dovrà essere assicurata mediante il sito "lapugliativaccina" nonché presso i CUP e i FarmaCup da parte dei genitori, tutori, affidatari dei minori indicando di scaricare contestualmente la modulistica da compilare e consegnare ai punti vaccinali;
- b) l'organizzazione di "open day" dedicati ai soggetti in fascia di età pediatrica con accesso previa prenotazione da effettuarsi attraverso i Medici di Assistenza Primaria (PLS/MMG) e/o mediante elenchi trasmessi dagli stessi Medici e/o dagli Istituti scolastici;
- c) l'organizzazione di ambienti e percorsi di accesso presso gli Hub dedicati ai soggetti in fascia di età pediatrica, al fine di garantire specifici servizi di accoglienza, intrattenimento e supporto nonché l'ideale separazione dagli altri soggetti in attesa della vaccinazione.

Sono confermate le modalità organizzative già previste nelle circolari regionali sopra richiamate e le attività già programmate dalle Aziende Sanitarie Locali, d'intesa con gli Uffici Scolastici provinciali e le Direzioni degli Istituti scolastici, per la somministrazione - con il coinvolgimento dei Pediatri di Libera Scelta/Medici di Medicina Generale - della vaccinazione in favore dei soggetti di età superiore ai 5 anni.

Restano, altresì, confermate le indicazioni già formulate circa la somministrazione del vaccino che deve essere assicurata in favore dei soggetti in carico ai Centri specialistici, ai Centri e ai Nodi delle Reti di Patologia della Regione Puglia nonché ai soggetti ricoverati o ospitati in strutture pubbliche e private accreditate.

A tal fine, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, degli I.R.C.C.S. pubblici e privati e degli Enti Ecclesiastici nonché i Coordinatori delle Reti di Patologia assicurano il potenziamento dell'offerta secondo le indicazioni operative già formulate.

2. Riduzione intervallo temporale minimo per somministrazione della dose *booster* (4 mesi)

Come da indicazioni nazionali, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, degli I.R.C.C.S. pubblici e privati e degli Enti Ecclesiastici nonché i Coordinatori delle Reti di Patologia assicurano che, **a partire dal 10 gennaio 2022**, la somministrazione della dose *booster* avvenga per tutte le categorie previste considerando l'intervallo di **almeno 4 mesi (120 giorni)** dal completamento del ciclo primario di vaccinazione o dall'ultimo evento, utilizzando i vaccini autorizzati ai dosaggi approvati, per le diverse fasce d'età, per la dose *booster*.



3. Somministrazione dose *booster* per soggetti in fascia di età 16-17 anni

Per agevolare la somministrazione della dose *booster* per i ragazzi in fascia d'età 16-17 anni come già indicato con nota prot. AOO/005/0008080 del 24.12.2021, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali assicurano:

- a) l'attivazione di apposite agende di prenotazione in favore dei soggetti in fascia di età 16-17 anni per la somministrazione della dose *booster* di vaccino anti SARS-CoV-2/Covid-19 da effettuarsi nei termini previsti; la prenotazione dovrà essere assicurata mediante il sito "lapugliativaccina" nonché presso i CUP e i FarmaCup da parte dei genitori, tutori, affidatari dei minori indicando di scaricare contestualmente la modulistica da compilare e consegnare ai punti vaccinali;
- b) l'organizzazione di "open day" dedicati ai soggetti in questa fascia di età.

Restano confermate le indicazioni già formulate con le circolari regionali già richiamate, al fine di garantire la somministrazione del vaccino ai soggetti in carico ai Centri specialistici, ai Centri e ai Nodi delle Reti di Patologia della Regione Puglia nonché ai soggetti ricoverati o ospitati in strutture pubbliche e private accreditate.

A tal fine, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, degli I.R.C.C.S. pubblici e privati e degli Enti Ecclesiastici nonché i Coordinatori delle Reti di Patologia assicurano il potenziamento dell'offerta secondo le indicazioni operative già formulate.

4. Somministrazione dose *booster* per soggetti in fascia di età 12-15 anni con elevata fragilità

Per agevolare la somministrazione della dose *booster* per i ragazzi in fascia d'età 12-15 anni con elevata fragilità, come già indicato con nota prot. AOO/005/0008080 del 24.12.2021, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali assicurano che la vaccinazione avvenga, nei termini previsti dalle disposizioni nazionali, da parte dei Medici di Assistenza Primaria (PLS/MMG) laddove tali soggetti non siano stati già vaccinati o presi in carico per la somministrazione della dose *booster* da parte dei Centri specialistici, dai Centri e dai Nodi delle Reti di Patologia della Regione Puglia nonché dagli istituti di ricovero o di ospitalità delle strutture pubbliche e private accreditate.

A tal fine, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, degli I.R.C.C.S. pubblici e privati e degli Enti Ecclesiastici nonché i Coordinatori delle Reti di Patologia assicurano il potenziamento dell'offerta secondo le indicazioni operative già formulate al fine di garantire la somministrazione della dose *booster* per questi soggetti in condizione di elevata fragilità.

5. Aggiornamento modulistica

Con riferimento ai moduli trasmessi in allegato alla comunicazione prot. AOO/005/0007878 del 14.12.2021, si comunica che si è proceduto alla revisione e aggiornamento degli stessi e che, pertanto, si allegano le nuove versioni affinché siano rese disponibili dalle Aziende, Enti e Istituti del SSR con ogni modalità.

Tali modelli saranno resi disponibili pubblicati anche sul sito "lapugliativaccina" nonché sul Portale regionale della Salute al fine di favorire il preventivo *download* e la preventiva compilazione da parte degli interessati.



6. Comunicazione multicanale

Come già indicato nelle comunicazioni precedenti, saranno potenziate ed estese le attività di comunicazione multicanale mediante la piattaforma regionale *Sm@rtVax* in favore dell'adesione alla campagna di vaccinazione per tutte le fasce d'età sia per il completamento del ciclo vaccinale primario sia per la somministrazione della dose *booster* nei nuovi termini previsti.

Per quanto non espressamente indicato nella presente comunicazione, si deve far riferimento alle Circolari ministeriali, alle indicazioni della Struttura Commissariale nonché alle indicazioni già formulate da questo Dipartimento con le note già sopra richiamate.

P.O. Prevenzione e Promozione della Salute

Nehludoff Albano

Il Direttore del Dipartimento

Vito Montanaro

Il Presidente della Giunta

Michele Emiliano

n. dose: _____

| DATI DEL VACCINANDO | |
|---|--------------------------------------|
| Cognome e Nome * : | |
| Data di nascita: | Luogo di nascita: |
| Comune di residenza: | Indirizzo di residenza: |
| Telefono *: | E-mail *: |
| N. Tessera Sanitaria (se disponibile) *: | Codice Fiscale *: |
| <i>In caso di MINORE/INTERDETTO/INFERMO/INCAPACE, riportare i dati identificativi dei genitori o di altro soggetto titolare di responsabilità genitoriale/legale</i> | |
| (GENITORE 1/SOGGETTO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE/LEGALE) | |
| Cognome e Nome: | |
| Data di nascita: | Luogo di nascita: |
| Telefono: | E-mail: |
| (GENITORE 2) | |
| Cognome e Nome: | |
| Data di nascita: | Luogo di nascita: |
| Telefono: | E-mail: |
| <i>Estremi del Provvedimento dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente (A.G.)</i> | |
| Tribunale (indicare il tipo di A.G.): | Provincia/distretto dell'A.G. |
| Numero del provvedimento | Data del provvedimento |

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità **dichiaro che:**

1. 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: " _____ " ²
2. Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.
3. Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
4. Sono stato correttamente informato con parole a me chiare.
5. 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 al **completamento del ciclo vaccinale**, alla **dose aggiuntiva** oppure alla **dose di richiamo (booster)**.

* Campi obbligatori ai fini della corretta identificazione del soggetto, della registrazione dei dati e della trasmissione dei dati alle piattaforme nazionali anche ai fini del rilascio della certificazione verde Covid-19 (Green Pass).

² Le note informative sono quelle allegate alle circolari del Ministero della Salute pubblicate sul sito <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/archivioNormativaNuovoCoronavirus.jsp>

6. Ho compreso la possibilità di ricevere nella stessa seduta vaccinale la somministrazione di una dose di un altro vaccino (ad es. vaccino antinfluenzale) come previsto dalla circolare del Ministero della Salute n. 44591 del 02.10.2021.
7. Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale, sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.
8. Accetto di rimanere nella sala d'attesa per almeno **15 minuti** dalla somministrazione del vaccino per consentire agli operatori sanitari di assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

| ACCONSENTO E AUTORIZZO la somministrazione del vaccino “ _____ ” | RIFIUTO la somministrazione del vaccino “ _____ ” |
|---|---|
| Luogo e data: | Luogo e data: |
| Firma del vaccinando/del genitore1/del rappresentante legale: | Firma del vaccinando/del genitore1/del rappresentante legale: |
| Firma del vaccinando/del genitore2/del rappresentante legale: | Firma del vaccinando /del genitore2/del rappresentante legale: |

| Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale ³ | |
|---|---|
| Cognome e Nome (Medico): | Cognome, Nome e Ruolo (Operatore Sanitario): |
| <i>Confermo che il vaccinando ha espresso il consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.</i> | <i>Confermo che il vaccinando ha espresso il consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.</i> |
| Firma: | Firma: |

Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento (UE), n. 2016/679): i dati personali raccolti ai fini del presente procedimento saranno trattati, con strumenti cartacei e elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dall' art.15 della medesima norma.

Documenti allegati (indicare gli eventuali ulteriori moduli allegati):

- Allegato B - MODULO TRIAGE PREVACCINALE;
- Allegato C - MODULO DELEGA del GENITORE/TUTORE che è impossibilitato a presenziare alla seduta vaccinale del minore;
- Allegato D - MODULO MINORE STRANIERO NON ACCOMPAGNATO;
- Allegato E - MODULO AUTODICHIARAZIONE DEL GENITORE ACCOMPAGNATORE, circa l'impossibilità / lontananza dell'altro genitore a sottoscrivere la delega con consenso alla vaccinazione;
- altro: _____

Segue riepilogo "Dettagli operativi della vaccinazione", da compilarsi a cura del professionista sanitario dell'equipe vaccinale.

³ 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 del vaccinando o in stato di criticità logistico-organizzativa.

| Dettagli operativi della vaccinazione anti Covid-19 (a cura del professionista sanitario) | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------|---|---|----------------|----------------|------------|-------|----------|-------------------|-----------------------|------------------------------|--------------|--------------|------------------------|
| Tipo vaccino | Dose | | | Sede inoculo | | | Lotto | Scadenza | Sede vaccinale | Data e ora inoculo | Osservazione post vaccino | | | Firma del sanitario |
| | 1 | 2 | 3 | Deltoide DX | Deltoide SX | Altro sito | | | | | 15 minuti | 30 minuti | 60 minuti | |
| Comirnaty (Pfizer-Biontech) | | | | | | | | | | | | | | |
| Spikevax (Moderna) | | | | | | | | | | | | | | |
| Vaxzevria (AstraZeneca) | | | | | | | | | | | | | | |
| Janssen (J&J) | | | | | | | | | | | | | | |
| Altro vaccino, specificare _____ | | | | | | | | | | | | | | |

| ANAMNESI PRE-VACCINALE | | | |
|---|-----------|-----------|-------------------|
| (da compilare a cura del vaccinando (o suo genitore/tutore) e da riesaminare insieme agli operatori sanitari dell'equipe vaccinale) | | | |
| Dati del vaccinando | | | |
| Cognome e Nome | SI | NO | NON SO |
| Codice Fiscale | | | |
| Data e luogo di nascita | | | |
| Telefono (del vaccinando o del genitore/tutore) | | | |
| Attualmente è malato? | | | |
| Ha febbre? | | | |
| Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? | | | |
| Se si, specificare: _____ | | | |
| Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? | | | |
| Se si, specificare: _____ | | | |
| Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? | | | |
| Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario (ad esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? | | | |
| Negli ultimi 3 mesi ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni (radioterapia)? | | | |
| Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? | | | |
| Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? | | | |
| Ha ricevuto vaccinazioni negli ultimi 14 giorni ? | | | |
| Se si, specificare: _____ | | | |
| Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? | | | |
| Per le donne: sta allattando? | | | |
| Sta assumendo farmaci anticoagulanti? | | | |
| Se si, specificare: _____ | | | |
| Altre patologie da cui è affetto: _____ | | | |
| Terapia farmacologica che sta assumendo: _____ | | | |

| ANAMNESI COVID-CORRELATA | SI | NO | NON SO |
|--|-----------|-----------|---------------|
| Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da SARS-CoV-2 o affetta da COVID-19? | | | |
| <i>Manifesta uno dei seguenti sintomi?</i> | | | |
| Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali | | | |
| Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto | | | |
| Dolore addominale/diarrea | | | |
| Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi | | | |
| Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? | | | |
| <i>Ha effettuato un Test COVID-19?</i> | | | |
| Nessun Test COVID-19 recente | | | |
| In attesa di test COVID-19 (Data:) | | | |
| Test COVID-19 Negativo (Data:) | | | |
| Test COVID-19 Positivo (Data:) | | | |

Nel caso di minori:

| | |
|---|---------------------------------|
| (GENITORE 1/SOGGETTO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE/LEGALE) | |
| Cognome e Nome: | |
| Codice Fiscale: | Data e Luogo di nascita: |
| Telefono: | E-mail: |
| (GENITORE 2) | |
| Cognome e Nome: | |
| Codice Fiscale: | Data e Luogo di nascita: |
| Telefono: | E-mail: |

| |
|--|
| Data e luogo: |
| Firma del vaccinando/genitore1/rappresentante legale: |
| Firma della vaccinando/genitore2/rappresentante legale: |

| DELEGA PER VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2/COVID-19 DEI SOGGETTI CON ETÀ INFERIORE AI 18 ANNI O DEI SOGGETTI SOTTOPOSTI A MISURE DI PROTEZIONE GIURIDICA ¹ | |
|---|-------------------------|
| <i>Dati identificativi del vaccinando</i> | |
| Cognome: | Nome: |
| Data di nascita: | Luogo di Nascita: |
| Codice Fiscale: | Telefono mobile: |
| Comune di residenza: | Indirizzo di residenza: |
| <i>Dati identificativi dei genitori o del Rappresentante Legale/Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno</i> | |
| GENITORE 1 | Cognome e Nome: |
| Data di nascita: | Luogo di nascita: |
| Comune di residenza: | Indirizzo di residenza: |
| Telefono: | E-mail: |
| Documento di riconoscimento (tipo e numero): | |
| Codice Fiscale: | |
| GENITORE 2 | Cognome e Nome: |
| Data di nascita: | Luogo di nascita: |
| Comune di residenza: | Indirizzo di residenza: |
| Telefono: | E-mail: |
| Documento di riconoscimento (tipo e numero): | |
| Codice Fiscale: | |
| RAPPRESENTANTE LEGALE/TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO | |
| Cognome e Nome: | |
| Data di nascita: | Luogo di nascita: |
| Comune di residenza: | Indirizzo di residenza: |
| Telefono: | E-mail: |
| Documento di riconoscimento (tipo e numero): | |
| Codice Fiscale: | |

¹ Modulo da presentare al professionista sanitario dell'equipe vaccinale unitamente al documento di identità del/dei dichiarante/i.

Il/La/i sottoscritto/a/i consapevole/i delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, **dichiaro/dichiarano, sotto la propria responsabilità**, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm.ii.:

- di essere **GENITORE/I del MINORE vaccinando**;
oppure
- di essere **Rappresentante Legale/Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno del vaccinando**;
in questo caso, devono essere indicati i dati seguenti:

| | |
|--------------------------|--------------------------------|
| Provvedimento n.: | Data del Provvedimento: |
| Autorità: | |

- di essere **impossibilitato/a/i a presenziare alla seduta per la somministrazione della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19**;
- di **esprimere il consenso alla somministrazione** del suddetto vaccino in favore del vaccinando;
- di **esprimere il consenso al trattamento dei dati personali** del/dei sottoscritto/i e del vaccinando;
- di delegare, pertanto, **il/la Sig./Sig.ra:**

| | |
|---|---------------------------------|
| Cognome: | Nome: |
| Codice Fiscale: | Data e Luogo di Nascita: |
| Documento di riconoscimento (tipo e numero): | |
| Rilasciato da: | In data: |

a rappresentarmi/ci presso la sede vaccinale il giorno ____/____/____ per la somministrazione della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19 in favore del vaccinando innanzi indicato.

| |
|--|
| Luogo e data: |
| Firma del Genitore1/Rappresentante legale |
| Firma del Genitore2/Rappresentante legale |
| <i>Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento (UE), n. 2016/679): i dati personali raccolti ai fini del presente procedimento saranno trattati, con strumenti cartacei e elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dall' art.15 della medesima norma.</i> |

**DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO RESPONSABILE DEL MINORE STRANIERO
NON ACCOMPAGNATO ¹**

**Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione o dell'atto di Notorietà
(Artt. 46-47 del DPR 18.12.2000, n. 445)**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

| | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| Cognome: | Nome: |
| Data di nascita: | Luogo di nascita: |
| Comune di residenza: | Indirizzo di residenza: |
| Telefono: | E-mail: |

Codice Fiscale:

Documento di riconoscimento (tipo e numero):

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (in particolare art. 76 DPR n. 445/2000)

DICHIARA

di essere il **Tutore del minore straniero non accompagnato dai propri genitori**

di essere il **Responsabile della struttura affidataria del minore straniero non accompagnato dai propri genitori**

DATI DEL MINORE

| | |
|--|---------------------------------|
| Cognome: | Nome: |
| Codice Fiscale o Codice STP/ENI | Luogo e Data di Nascita: |
| Nazionalità | Altri dati: |
| Comune di residenza: | Indirizzo di residenza: |

Atto di nomina quale Tutore o Responsabile

Luogo e data:

Firma del Tutore/Rappresentante

Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento (UE), n. 2016/679): i dati personali raccolti ai fini del presente procedimento saranno trattati, con strumenti cartacei e elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dall' art.15 della medesima norma.

¹ Modulo da presentare al professionista sanitario dell'equipe vaccinale unitamente al documento di identità del tutore/responsabile della struttura affidataria.

| DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' ¹ (Art. 47 del DPR 18.12.2000, n. 445) | |
|--|--------------------------------|
| <i>IL/LA SOTTOSCRITTO/A</i> | |
| Cognome: | Nome: |
| Data di nascita: | Luogo di nascita: |
| Comune di residenza: | Indirizzo di residenza: |
| Telefono: | E-mail: |
| Codice Fiscale: | |
| Documento di riconoscimento (tipo e numero): | |
| <i>Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (in particolare art. 76 DPR n. 445/2000)</i> | |
| DICHIARA | |
| <input type="checkbox"/> di essere il GENITORE del minore: | |
| Cognome: | Nome: |
| Data di nascita: | Luogo di nascita: |
| Comune di residenza: | Indirizzo di residenza: |
| Codice Fiscale: | |
| 1. di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli minori di età (allegato F "Estratto normativo") | |
| <input type="checkbox"/> di avere il seguente stato civile: <input type="checkbox"/> coniugato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> separato/a <input type="checkbox"/> divorziato/a <input type="checkbox"/> celibe/nubile | |
| In situazione di: <input type="checkbox"/> affidamento congiunto <input type="checkbox"/> genitore affidatario <input type="checkbox"/> genitore non affidatario | |
| 2. che l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per: <input type="checkbox"/> impedimento <input type="checkbox"/> lontananza | |
| 3. che hai fini della applicazione della normativa in materia di esercizio della responsabilità genitoriale a seguito di separazione, scioglimento, cessazione degli effetti civili, annullamento, nullità del matrimonio limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione l'Autorità Giudiziaria competente ha stabilito che il/la sottoscritto/a esercita la potestà separatamente. | |
| Luogo e data: | Firma: |
| <i>Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento (UE), n. 2016/679): i dati personali raccolti ai fini del presente procedimento saranno trattati, con strumenti cartacei e elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dall' art.15 della medesima norma.</i> | |

¹ Modulo da presentare al professionista sanitario dell'equipe vaccinale unitamente al documento di identità del/dei dichiarante/i.