

VACCINO ANTI-INFLUENZALE STAGIONE 2022-2023
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
Artt. 46 e 47 d.p.r.28 dicembre 2000, n.445

La/Il sottoscritto _____ nata/o il _____

a _____, residente in _____

documento identificativo n. _____

Codice Fiscale _____

consapevole delle responsabilità penali cui va incontro nel caso di dichiarazioni false o mendaci nonché nel caso di falsità in atti o di uso di atti falsi, come previsto dell'art.76 del D.P.R. 445/2000 e della decadenza dai benefici concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera come previsto dall'articolo 75 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

di appartenere alla seguente categoria di rischio per influenza:

CATEGORIA DI APPARTENENZA:		
<input type="checkbox"/>	CIRC	MALATTIE CRONICHE DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO
<input type="checkbox"/>	DEFCA	IMMUNOSOPPRESSIONE CONGENITA O ACQUISITA
<input type="checkbox"/>	DIAL	EMODIALIZZATI E UREMICI CRONICI
<input type="checkbox"/>	DM	DIABETE MELLITO
<input type="checkbox"/>	EPATC	EPATOPATIE CRONICHE
<input type="checkbox"/>	HSCT	TRAPIANTO DI MIDOLLO
<input type="checkbox"/>	ICP	INTERVENTI CHIRURGICI PROGRAMMATI
<input type="checkbox"/>	IRC	INSUFFICIENZA RENALE/SURRENALICA CRONICA
<input type="checkbox"/>	MICI	MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE E SINDROMI DA MALASSORBIMENTO INTESTINALE
<input type="checkbox"/>	MM	ALTRE MALATTIE METABOLICHE DIVERSE DAL DIABETE
<input type="checkbox"/>	MTNEU	MALATTIE DEL MOTONEURONE
<input type="checkbox"/>	NEMUS	MALATTIE CON INCREMENTATO RISCHIO DI ASPIRAZIONE DI SECREZIONI RESPIRATORIE
<input type="checkbox"/>	OBESI	OBESITA' (BMI>30)
<input type="checkbox"/>	RESP	MALATTIE CRONICHE DELL'APPARATO RESPIRATORIO
<input type="checkbox"/>	SPLEN	ASPLENIA ANATOMICA O FUNZIONALE/CANDIDATI ALLA SPLENECTOMIA
<input type="checkbox"/>	TALAS	EMOGLOBINOPATIE QUALI ANEMIA FALCIFORME E TALASSEMIA
<input type="checkbox"/>	TEMAT	MALATTIE ONCO-EMATOLOGICHE
<input type="checkbox"/>	TROS	TRAPIANTO D'ORGANO SOLIDO
<input type="checkbox"/>	TSOL	TUMORI SOLIDI
<input type="checkbox"/>	DGRA	DONNA IN GRAVIDANZA
<input type="checkbox"/>	DPP	DONNE NEL POSTPARTUM
<input type="checkbox"/>	CONRI	CONVIVENTE DI SOGGETTO AD ALTO RISCHIO
<input type="checkbox"/>	DOSAN	DONATORE DI SANGUE
<input type="checkbox"/>	ULT65	ETA' SUPERIORE A 65 ANNI
<input type="checkbox"/>	I6064	ETA' TRA 60 E 64 ANNI
<input type="checkbox"/>	IF-6A	PERSONALE SANITARIO DIPENDENTE
<input type="checkbox"/>	IF-6B	PERSONALE AMMINISTRATIVO DIPENDENTE STRUTTURE SANITARIE
<input type="checkbox"/>	IF-6C	PERSONALE DI ASSISTENZA IN SRUTTURE PRIVATE
<input type="checkbox"/>	OANIM	LAVORATORE A CONTATTO CON ANIMALI O MATERIALE DI ORIGINE ANIMALE
<input type="checkbox"/>	OSP	OSPITE IN STRUTTURA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA
<input type="checkbox"/>	SE PUB	SOGGETTO ADDETTO A SERVIZIO PUBBLICO DI PRIMARIO INTERESSE
<input type="checkbox"/>	STSAN	STUDENTE-SPECIALIZZANDO-TIROCIANTE AREA SANITARIA
<input type="checkbox"/>	VOSAN	VOLONTARIO NEL SETTORE DELLA SANITA'

Luogo e data _____ Firma _____

VACCINO ANTI-INFLUENZALE STAGIONE 2022-2023

VISIONATA CHECK-LIST PRE-VACCINALE COMPILATA PER VACCINO ANTI SARS-COV-2 / COVID19

L'OPERATORE CHE RILEVA L'ANAMNESI:

NOME E COGNOME:	FIRMA:
-----------------	--------

ETICHETTA / VACCINO USATO

VACCINO:
SCADENZA:
LOTTO:
DATA E ORA SOMMINISTRAZIONE:
SEDE DI INOCULO:

L'OPERATORE VACCINATORE:

NOME E COGNOME:	FIRMA:
-----------------	--------