CONSENSO INFORMATO E RICHIESTA DI VACCINAZIONE ANTI PAPILLOMA VIRUS

Io sottoscritto/a ……..…avendo

la potestà nei confronti della minore ..……..

nata a……..……il……....

residente a …… Tel ……..

presa visione della lettera d'invito alla vaccinazione anti papilloma virus umano (HPV) e delle spiegazioni in essa contenute, e avendo ricevuto e compreso le informazioni fornitemi

chiedo

che sia sottoposta a

vaccinazione anti papilloma virus umano (HPV)

Il vaccino viene somministrato mediante tre iniezioni intramuscolari da effettuare nel giro di sei mesi, a distanza rispettivamente di due e sei mesi a partire dalla prima somministrazione.

Il/La sottoscritto/a approva ed accetta l'utilizzo dei dati personali ai fini elaborativi, come stabilito dal D. L.vo 196/2003.

Data _____ Firma _____

QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, RIPRODOTTO O RESO NOTO A TERZI SENZA AUTORIZZAZIONE.