

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO VACCINO ANTINFLUENZALE**

La/il sottoscritta/o	Nome	
	Cognome	
	Data di nascita (gg/mm/aaaa)	
	Codice fiscale	
In qualità di esercente la potestà genitoriale/tutela (in caso di minori o di incapaci) di		
dichiara quanto segue		
<input type="checkbox"/> È la prima volta che si vaccina contro l'influenza <input type="checkbox"/> Si è già vaccinato in precedenza contro l'influenza		
<input type="checkbox"/> Non ha mai avuto reazioni gravi dopo la vaccinazione <input type="checkbox"/> Ha avuto le seguenti reazioni gravi dopo la vaccinazione _____		
<input type="checkbox"/> Non ha malattie febbrili in corso <input type="checkbox"/> Ha malattie febbrili in corso		
<input type="checkbox"/> Non ha mai avuto reazioni gravi reazioni allergiche <input type="checkbox"/> Ha avuto le seguenti reazioni gravi reazioni allergiche _____		
<input type="checkbox"/> Non è in stato di gravidanza <input type="checkbox"/> E' stato di gravidanza al mese _____		
La/il sottoscritta/o dichiara, inoltre		
1) di aver riferito correttamente le informazioni sul mio attuale stato di salute/sullo stato attuale di salute di mio figlio/a o della persona che rappresento legalmente;		
2) di avere avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente a: <ul style="list-style-type: none">• informazioni sul vaccino antinfluenzale stagionale 2020-2021• benefici e potenziali rischi della vaccinazione;• necessità di trattenermi in ambulatorio per 20 minuti, dopo la vaccinazione;• necessità di comunicare eventuali reazioni avverse al medico curante.		
3) di aver letto e compreso l'informativa fornita dall'ASST Lariana ai sensi degli articoli 13 e 14 del Reg. UE 2016/679 e, in particolare, di essere consapevole che per il trattamento dei propri dati personali riguardanti la salute non è necessario il consenso.		
Pertanto, con la sottoscrizione del presente modulo, la/il sottoscritta/o esprime il proprio consenso al trattamento vaccinale antinfluenzale "VAXIGRIP TETRA".		

Luogo e Data	Firma leggibile (dell'interessato o del genitore del minore/tutore)



INFORMATIVA FORNITA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 – TRATTAMENTO VACCINALE ANTINFLUENZALE

Titolare del trattamento Azienda Socio Sanitaria Lariana - Via Napoleona n. 60 – 22100 – Como – Italia – C.F. 03622110132				
Finalità	Dati trattati	Base giuridica (riferita al GDPR)	Destinatari	Durata della conservazione
Cura ed assistenza socio-sanitaria	Dati anagrafici e dati riguardanti connessi alla salute dei soggetti sottoposti a cura ed assistenza nonché di eventuali altri soggetti (parenti, tutori, ecc.) coinvolti nel percorso di cura ed assistenza	<i>Obbligo legale</i> (art. 6 p. 1 lett. c del GDPR) per i dati previsti dalla normativa nazionale e regionale in materia di servizio sanitario nazionale (Legge Regionale 33/2009 e successive modificazioni ed integrazioni) <i>Diagnosi, assistenza e terapia</i> (art. 9 p. 2 lett. h del GDPR) per i dati riguardanti la salute, i dati genetici, l'origine razziale, le convinzioni religiose	Regione Lombardia (dati anagrafici) Medico di famiglia – Pediatra di famiglia (dati riguardanti la salute) Agenzia delle Entrate (dati riguardanti oneri sostenuti per prestazioni sanitarie) In casi specifici potrebbe essere necessario comunicare i dati all'Autorità Giudiziaria, all'INPS, a società assicuratrici	Il periodo di conservazione dei dati è conformato alle disposizioni della Regione Lombardia (Regolamento Regionale n. 3/2012 e Massimario di scarto del Sistema Sanitario e Sociosanitario della Regione Lombardia) nonché alle previsioni del Codice dei beni culturali (D. Lgs. 42/2004) per l'archiviazione dei documenti pubblici per finalità di ricerca storica
Fonte dei dati trattati I dati trattati sono acquisiti direttamente dai soggetti interessati				
Diritti dell'interessato	Diritto	Riferimento al GDPR	Diritto	Riferimento al GDPR
	Revoca del consenso	Art. 7	Portabilità ad altra piattaforma	Art. 20
	Accesso ai dati personali	Art. 15	Opposizione al trattamento	Art. 21
	Rettifica dei dati personali	Art. 16	Diritto alla comunicazione della violazione	Art. 34
	Cancellazione dei dati personali	Art. 17	Diritto al reclamo al Garante per la Protezione dei	Art. 77
	Limitazione del trattamento	Art. 18	Dati personali - Piazza Venezia 11 - 00187 Roma – garante@gpdp.it - 06696771	
Processo decisionale automatizzato: NO		Trasferimenti dei dati a paesi extra UE: NO		Profilazione dell'interessato: NO
Responsabile per la Protezione dei Dati Personali	ISFORM & CONSULTING SRL – Via Guido Dorso 75 – 70125 – Bari - email rpd@asst-lariana.it - PEC protocollo@pec.asst-lariana.it – Tel.0805025250 <i>Persona fisica da contattare:</i> Francesco Maldera - Telefono 3204306115			
Dati di contatto per l'esercizio dei diritti	Azienda Socio Sanitaria Lariana - Sede legale: Via Napoleona n. 60 – 22100 – Como – Italia – C.F. 03622110132 Sede operativa: Via Ravona n. 20 – 22042 – San Fermo della Battaglia (Como) – Italia – Tel. 0315851 - e-mail: rpd@asst-lariana.it – PEC: protocollo@pec.asst-lariana.it			