



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE

**Liceo Classico, Linguistico, Scientifico e delle Scienze Applicate**

Liceo Classico-Linguistico "Virgilio" (LEPC04601B): Via G. Galilei, 4 – 73100 Lecce - Tel +39 0832351724 - Fax +39 0832220161

Liceo Scientifico-Scienze applicate "F. Redi" (LEPS04601E): Via Marinelli, 8 - 73018 - Squinzano (LE) - Tel./Fax +39 0832782202

Mail: [leis046004@istruzione.it](mailto:leis046004@istruzione.it) - Web: <https://www.liceovirgilio.edu.it/>

### **Circolare n. 243/2021**

Lecce, 24 novembre 2021

*Ai Docenti*

*Al DSGA*

*Al Personale ATA*

*Al RLS*

*Al RSPP*

*Al medico competente*

*Al sito Web dell'Istituto*

**SEDI DI LECCE E DI SQUINZANO**

Oggetto: Somministrazione terza dose vaccinale

Si comunica che con nota AOOUSPLE 17964 del 23 novembre 2021, l'Ufficio Scolastico Provinciale ha trasmesso il calendario del Dipartimento di Prevenzione dell'A.S.L. di Lecce relativo alla somministrazione della dose booster al personale della scuola.

La somministrazione del vaccino avrà luogo **giovedì 2 dicembre 2021**, dalle **ore 17.00** alle **ore 19.00**, presso la **Caserma Zappalà – Viale Grassi**, in modalità drive.

Si invita il personale della scuola a distribuirsi, ove possibile, nella fascia oraria indicata secondo la seguente scansione:

- lettere A-L dalle ore 17.00 alle ore 18.00
- lettere M-Z dalle ore 18.00 alle ore 19.00

Si allega alla presente il modulo di consenso (dose di richiamo - "booster").

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

*Prof. Dario CILLO*

Agg.to al 27/09/2021

## VACCINAZIONE ANTI-COVID19

## MODULO DI CONSENSO (DOSE DI RICHIAMO - "BOOSTER")

Nome e Cognome: .....	
Data di nascita: .....	Luogo di nascita: .....
Residenza: ..... .....	Telefono: ..... .....
Tessera sanitaria (se disponibile): 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.

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.***