



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "KAROL WOJTYLA"
Via Concesio n. 2 – 00188 Roma – Cod.Fisc.: 97197700582
☐ 06/33610055 fax 06/33613520
☐ RMIC8AG009@ISTRUZIONE.IT - ☐ RMIC8AG009@pec.istruzione.it

CIRCOLARE N.97

AI GENITORI DELLA SCUOLA INFANZIA

AL SITO

OGGETTO: CAMPAGNA VACCINALE .

Si comunica che la ASL RM 1 sta organizzando una campagna vaccinale per la scuola dell'infanzia presso v. Concesio, 2 .I genitori che desiderano aderire alla campagna vaccinale devono consegnare il modulo allegato alla presente compilato in busta chiusa entro il 15/11/23 al docente di classe.





PROGETTO "VACCINIAMO I BAMBINI NELLE SCUOLE DELL'INFANZIA"

L'influenza è una malattia contagiosa delle vie respiratorie, che per i bambini comporta la perdita di numerosi giorni di scuola e, conseguentemente, di giorni lavorativi per i genitori.

Inoltre, i dati epidemiologici ci dicono che i bambini piccoli si ammalano di più, e questo aumenta il rischio di contagiare genitori e nonni.

Quest'anno la Regione Lazio ha disposto l'offerta gratuita della vaccinazione antinfluenzale per i bambini dai 6 mesi di vita ai 7 anni di età, e abbiamo la possibilità di utilizzare un vaccino spray nasale, che si somministra facilmente, spruzzando il liquido nelle narici dei bambini.

Per facilitare l'adesione dei genitori alla campagna di vaccinazione antinfluenzale, la ASL Roma I ha attivato il progetto, "Vacciniamo nelle scuole dell'infanzia" che, sul modello di esperienze consolidate sia nella nostra ASL sia in altri paesi europei, prevede l'offerta e la somministrazione di questo vaccino direttamente nelle scuole dell'infanzia, così da proteggere anche i bambini, i cui pediatri non partecipano attivamente alla campagna di vaccinazione.

Maggiori informazioni su questo progetto e sul vaccino antinfluenzale, che sarà somministrato nelle scuole dell'infanzia, possono essere chieste **al proprio pediatra** oppure partecipando ad una **videoconferenza organizzata per il giorno 13 novembre alle ore 17.30**, collegandosi al seguente link <https://martamarino.my.webex.com/martamarino.my-it/j.php?MTID=ma393d614b917ea99b13e3a6563deabfd>, nel corso della quale risponderemo molto volentieri a tutte le domande che verranno poste.

Abbiamo inserito in allegato:

- una **brochure** con qualche informazione su influenza e vaccinazione antinfluenzale;
- il **modulo anamnesi/consenso informato**, che permetterà di raccogliere tutte le informazioni cliniche riguardanti il/la bambino/a, valutarne lo stato di salute e garantire la vaccinazione in sicurezza.

Per poter chiedere la vaccinazione nella scuola, è necessario aver restituito al docente il modulo anamnesi/consenso informato FIRMATO, possibilmente in busta chiusa.

Seguirà a breve una comunicazione con il dettaglio delle giornate in cui gli operatori sanitari si recheranno nelle scuole.

Cordiali saluti.

Coordinatore Campagna di Vaccinazione Antinfluenzale
Dott.ssa Antonietta Spadea



**DATI ANAGRAFICI GENITORE**

COGNOME: _____

NOME: _____

SESSO: MASCHIO FEMMINA

DATA DI NASCITA: ___ / ___ / ___

LUOGO DI NASCITA: _____

NAZIONALITA' _____

TEL. _____ CELL. _____

E-MAIL: _____

DATI ANAGRAFICI ASSISTITO/VACCINANDO

COGNOME: _____

NOME: _____

SESSO: MASCHIO FEMMINA

DATA DI NASCITA: ___ / ___ / ___

LUOGO DI NASCITA: _____

NAZIONALITA' _____

RESIDENZA _____

CITTA' _____ C.A.P. _____

PEDIATRA/MEDICO: Dott. _____

TEL. Pediatra _____

PRESTAZIONE DEL CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

Io sottoscritto, le cui generalità sono sopra riportate, dichiaro di essere il genitore/legale rappresentante del minore e, **in accordo con l'altro genitore del minore**, i cui dati sono riportati alla voce "dati anagrafici assistito", presto il consenso alla effettuazione della vaccinazione contro influenza, secondo quanto previsto dal PNPV 2023/2025.

Firma del genitore

Io sottoscritto/a dichiaro di aver partecipato della videoconferenza tenutasi il giorno 9/11/2023 e di avere ricevuto le informazioni riguardo la vaccinazione antinfluenzale e il vaccino spray nasale che sarà somministrato SI NO

Io sottoscritto/a dichiaro di aver letto la nota informativa, inviata dalla scuola, con la quale ho ottenuto le necessarie informazioni riguardanti la vaccinazione antinfluenzale e il vaccino spray nasale che sarà somministrato SI NO

Anamnesi: domande riguardanti la storia clinica del/la bambino/a

Il/la bambino/a sta bene? SI NO

Il/la bambino/a ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici? SI NO

Il/la bambino/a è allergico ad uno qualsiasi degli eccipienti (Saccarosio, Fosfato dipotassico Diidrogenofosfato di potassio, Gelatina porcina, di tipo A, Arginina cloridrato, Glutammato monosodico monoidrato) o ha mai presentato reazione allergica severa, ad es. shock anafilattico, alle uova o alle proteine delle uova, ad es. ovoalbumina, o alla Gentamicina? SI NO

Il/la bambino/a a mai fatto il vaccino antinfluenzale in passato? SI NO

Il/la bambino/a ha immunodeficienza clinica a causa di condizioni o terapie immunosoppressive quali leucemie acute e croniche, linfomi, infezione sintomatica da HIV, carenze immunocellulari e trattamento con corticosteroidi ad alte dosi? SI NO

Il/la bambino/a è affetto da asma severo non controllato? SI NO

Il/la bambino/a assume una terapia a base di salicilati (Aspirina)? SI NO

Il/la bambino/a ha già compiuto i due anni di età? SI NO

Il/la bambino/a ha ricevuto vaccini nell'ultimo mese? SI NO

Se sì quali? _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
PER FINALITÀ DI TUTELA DELLA SALUTE
(artt. 13-14 del Regolamento UE 2016/679 e artt. 78-79 del D.Lgs. n. 196/2003 s.m.i.)

Ai sensi della normativa vigente - Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016 e D. Lgs. 30/06/2003, n. 196 s.m.i., i suoi dati personali e particolari sono oggetto di trattamento da parte di questa Azienda Sanitaria che, in qualità di Titolare del trattamento, è tenuta a garantire la sicurezza dei suoi dati personali e particolari contro rischi presentati dal trattamento che derivano in particolare dalla distruzione, dalla perdita, dalla modifica, dalla divulgazione non autorizzata o dall'accesso, in modo accidentale o illegale, a dati trasmessi, conservati o comunque trattati.

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a, le cui generalità sono riportate nella sezione dati anagrafici, dichiara, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi in qualità di essere:
(barrare la parte interessata)

- esercente la responsabilità genitoriale

- persona fiduciaria
 - esercente la legale rappresentanza
 - amministratore di sostegno
 - persona unita civilmente

- prossimo congiunto
 - persona convivente
- persona familiare:

.....

- persona responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato (paziente)

[] che codesta Azienda Sanitaria ha fornito le informazioni sul trattamento dei dati personali, anche particolari, precedentemente all'erogazione della prestazione sanitaria;

[] che codesta Azienda Sanitaria ha fornito le informazioni sul trattamento dei dati personali, anche particolari, successivamente all'erogazione della prestazione sanitaria;

Data ____ / ____ / ____

Firma

(per esteso e leggibile)