

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>MODULO</b>	Consenso informato e rich.vaccinaz. HPV 14 (SISP.MO.1894.02).doc
		pag1/1

## Consenso informato e richiesta di vaccinazione ANTIPAPILLOMA VIRUS

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ avendo la potestà genitoriale nei confronti del/la minore \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ tel. mobile \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ 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 il minore sia sottoposto a:

vaccinazione anti papilloma virus umano (HPV)

Il vaccino viene somministrato mediante **due** iniezioni intramuscolari da effettuarsi a distanza di **sei mesi** una dall'altra.

### INFORMAZIONI SU POSSIBILI EFFETTI COLLATERALI

Le reazioni collaterali dopo la vaccinazione non sono frequenti; tra quelle segnalate, le più comuni sono: cefalea, dolore, febbre e arrossamento nella sede di iniezione.

---

### INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del Regolamento Europeo (UE) 2016/679

Gentile Sig.ra/Sig., ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 la informiamo che il **Titolare del trattamento dei dati** personali è rappresentato dal Direttore Generale pro-tempore, e-mail [direttore.generale@aslvc.piemonte.it](mailto:direttore.generale@aslvc.piemonte.it), il trattamento dei dati da Lei forniti sarà improntato ai principi di correttezza, pertinenza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza e verranno trattati da persone autorizzate, con strumenti cartacei e informatici per le finalità istituzionali che rientrano nei compiti del Servizio Sanitario Nazionale, per fornire prestazioni e servizi di cui necessita e per cui si è rivolto all'ASL VC.

Si precisa che il conferimento dei dati è obbligatorio in quanto la mancanza degli stessi non consente l'espletamento del procedimento.

I dati non saranno comunicati ad altri soggetti se non specificatamente autorizzati a riceverli nei casi previsti dalla Legge 7/8/1990 n. 241 e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (ex art. 71 Legge 445/2000), né saranno oggetto di diffusione.

Il **Responsabile del trattamento dei dati** è contattabile all'indirizzo [dpo@aslvc.piemonte.it](mailto:dpo@aslvc.piemonte.it)

La informiamo, infine, che ai sensi degli articoli previsti dal Capo III del GDPR Lei potrà esercitare in ogni momento i diritti di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, il diritto alla portabilità dei dati e il diritto di opposizione inviando una mail all'indirizzo [ufficio.protocollo@aslvc.piemonte.it](mailto:ufficio.protocollo@aslvc.piemonte.it) o per posta all'indirizzo: S.C. GESTIONE AFFARI ISTITUZIONALI – UFFICIO PROTOCOLLO C.so M. ABBIATE n° 21 - 13100 VERCELLI.

Inoltre, ha il diritto di presentare reclamo al Garante della privacy o di ricorrere all'autorità giudiziaria, di ottenere l'elenco completo ed aggiornato di tutti soggetti Responsabili e autorizzati al trattamento dei Suoi dati personali.

L'informativa completa è disponibile al link:

<http://www.aslvc.piemonte.it/tutela-e-partecipazione/tutela-della-privacy>

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Stesura F. Cussotto Novembre 2019	Verifica: V. Silano Novembre 2019	Autorizzazione: V. Silano Novembre 2019	Emissione: V. Silano Novembre 2019
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			