



# Liceo Statale "Vito Capialdi"

Vibo Valentia



Oggetto: Campagna Vaccinazione anti SARS-CoV-2

In ottemperanza alla Nota dell'Unità di Crisi prot.UC-2021-0000057 del 24.01.2021, "Disposizioni su ripresa attività in presenza nelle Scuole", ai sensi dell'Allegato al Decreto del Commissario ad Acta n.8 dell'11.01.2021 della Regione CALABRIA "Piano regionale campagna di Vaccinazione anti SARS-CoV-2", vista la nota del Direttore Sanitario dell'A.S.P. di Vibo Valentia, pervenuta con prot.n.10673 del 17.02.2021, s'informa tutto il personale scolastico del Liceo Capialdi che è in atto la campagna vaccinale.

Pertanto, quanti intendano vaccinarsi, dovranno completare personalmente l'adesione, compilando i due modelli ("Manifestazione di Interesse" e "Scheda Anamnestica"), allegati alla presente e inviandoli, dopo aver posto bene in evidenza nell'oggetto dell'e-mail **nome e cognome del mittente**, entro lunedì 22 febbraio 2021, dal proprio account con dominio istitutocapialbi.edu.it al seguente indirizzo vaccinazione@istitutocapialbi.edu.it appositamente predisposto dal Dirigente scolastico, tenuto conto della normativa vigente in materia di privacy.

Si precisa che è necessario rispettare rigorosamente tale procedura al fine di definire la "logistica organizzativa".

Cordiali saluti

Il Dirigente Scolastico  
Ing. Antonello Scalamandrè

Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi e per gli effetti dell'art.3, c.2, D.Lgs. 39/93



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
DI VIBO VALENTIA**



Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

*Direzione Sanitaria Aziendale*

*Il Direttore*

*Dott. Matteo Galletta*

**E** COVID-19 - Manifestazione di interesse vaccinazione  
riservato al personale scolastico docente ed ATA

Il/La sottoscritto/a Nome / Cognome \_\_\_\_\_

Profilo Professionale \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Numero di cellulare \_\_\_\_\_

Istituto \_\_\_\_\_

- acconsente al trattamento dei dati personali per le finalità sopra indicate.
- Esprime la propria volontaria adesione alla campagna di vaccinazione**, autorizzando le strutture preposte ad effettuare quanto di competenza, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi (ART. 76 D.P.R. 445/28.12.2000).
- Non Esprime la propria volontaria adesione alla campagna di vaccinazione**, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi (ART. 76 D.P.R. 445/28.12.2000).

\_\_\_\_\_  
Firma per esteso e leggibile



Anamnestico

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Applica qui  
l'etichetta  
adesiva

*Anamnesi***Da compilare a cura del Vaccinando e da riesaminare insieme ai Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione.**

- 1 Attualmente è malato?  SI  NO  NON SO
- 2 Ha febbre?  SI  NO  NON SO
- 3 Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?  
Se sì, specificare: \_\_\_\_\_  SI  NO  NON SO
- 4 Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?  SI  NO  NON SO
- 5 Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?  SI  NO  NON SO
- 6 Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario?  
(Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?  SI  NO  NON SO
- 7 Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario  
(esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?  SI  NO  NON SO
- 8 Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici,  
oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?  SI  NO  NON SO
- 9 Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?  SI  NO  NON SO
- 10 Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?  
Se sì, quale/i? \_\_\_\_\_  SI  NO  NON SO

*Per le donne:*

- 11 È incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?  SI  NO  NON SO
- 12 Sta allattando?  SI  NO  NON SO

**Specifichi di seguito i farmaci, gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:**


---



---



## Anamnesi COVID-correlata

1 Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?  SI  NO  NON SO

---

2 Manifesta uno dei seguenti sintomi:

Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?

Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?

Dolore addominale/diarrea?

Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?

---

3 Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?  SI  NO  NON SO

---

4 Test COVID-19:

**Nessun test** COVID-19 recente

Test COVID-19 **negativo** in data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Test COVID-19 **positivo** in data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

**In attesa** di test COVID-19 in data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

---

**Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute**

---

---

**Firma utente** \_\_\_\_\_

(Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale)

**Firma medico** \_\_\_\_\_