



Ministero dell'Istruzione

I.I.S.S. "GIUSEPPE PAVONCELLI"

Corso Scuola Agraria 71042 Cerignola (Fg) tel 0885-421043

C. F. e P. IVA 00318650710 – Cod. Univoco UFY0NZ

e-mail: fgis01100p@istruzione.it – pec: fgis01100p@pec.istruzione.it

www.iisspavoncelli.edu.it

All'Albo on line

Ai Docenti

Al personale ata

Agli assistenti alla comunicazione

Sede

OGGETTO: Piano straordinario di vaccinazione anti-covid19 - Seconda dose

In riferimento all'oggetto a margine si informa che il richiamo della vaccinazione anti-covid19 è prevista in data 20/05/2021 dalle ore 15.00 alle ore 19.00 presso "hub vaccinale" Chiesa Cristo Re Cerignola.

Giusta istruzioni del Dipartimento di Prevenzione ASL di Cerignola quest'Ufficio dovrà predisporre un elenco del personale interessato al fine di costituire gruppi da 15 unità ogni 30 minuti da sottoporsi a richiamo.

Considerato che l'elenco richiesto deve essere trasmesso al competente Dipartimento di Prevenzione, è necessario raccogliere le manifestazioni di interesse da parte del personale, che è invitato ad esprimere la propria manifestazione di interesse, compilando il MODULO GOOGLE predisposto d'ufficio, **entro le ore 12.00 del giorno di sabato 8 maggio 2021.**

In allegato si trasmette il "modulo-consenso" di seconda dose, che dovrà essere presentato, debitamente compilato, in sede di vaccinazione.



Il Dirigente Scolastico
Pio Mira

Allegati:

Modulo consenso seconda dose



ASL Foggia

PugliaSalute

MODULO VACCINAZIONE – 2^a DOSE

Il sottoscritto in seguito alla somministrazione della 1^a dose _____, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze civili e penali, derivanti da dichiarazione falsa o mendace DICHIARA:

Nome e Cognome			U.O. di appartenenza			
			Ruolo			
Codice Fiscale			Telefono			
Data di nascita			1 ^a Dose		2 ^a Dose	
Molto Comuni			Non Comuni			
Reazione	SI	NO	Reazione	SI	NO	
Dolore, Arrossamento, Gonfiore nel sito di iniezione			Ingrossamento dei linfonodi			
Stanchezza			Insomnia			
Mal di testa			Rash cutanei			
Dolori Muscolari						
Brividi						
Dolori Articolari						
Febbre						
Nausea/Vomito						
RARE GRAVI REAZIONI ALLERGICHE						
Orticaria (protuberanze sulla pelle che sono spesso molto pruriginose)						
Gonfiore del viso, della lingua o della gola						
Respirazione difficoltosa						
In caso di sintomi gravi o sintomi che potrebbero essere correlati ad una reazione allergica, valutare se sospendere la vaccinazione.						
Altre reazioni - Breve descrizione della comparsa e della durata						

Dichiaro inoltre di essere stato informato sulla tipologia di Vaccino, il contenuto, su possibili eventi avversi ed eventuali comportamenti da adottare come da nota informativa consegnatami.

Il Medico Vaccinatore _____

Dettagli Operativi della Vaccinazione II Dose vaccino						
Sito Iniezione		Lotto N°	Scadenza	Luogo di Somministrazione	Ora	Firma Sanitario
Braccio Dx ☐	Braccio Sx ☐					

La presente scheda sarà allegata al modulo consenso vaccinazione anti-Covid 19 già acquisito per la 1 dose e conservato nei nostri archivi.

Il sottoscritto esprime il consenso all'apertura, alla consultazione del proprio Fascicolo Sanitario Elettronico da parte dei sanitari che lo hanno in carico e all'inserimento della pregressa documentazione sanitaria nello stesso.

Il Dichiarante _____