



Consenso per la vaccinazione HPV (*consegnare al medico*)

Cognome, nome:

Indirizzo, domicilio:

Data di nascita:

Cassa malati:

Numero d'assicurato:

Grazie al materiale informativo scritto e al colloquio con il mio medico sono sufficientemente informata sulla vaccinazione HPV (detta anche vaccinazione contro il cancro al collo dell'utero). Sono al corrente, in particolare, che la vaccinazione deve essere effettuata tre volte per ottenere una protezione possibilmente completa. Ho avuto occasione di porre domande a sufficienza.

Desidero effettuare la vaccinazione

Data:

Firma:

Firma dei genitori / della persona che esercita l'autorità parentale:

.....

(necessaria solo se non si hanno ancora compiuti i 16 anni)