



**Istituto Tecnico Industriale Statale "Q. Sella"**

13900 BIELLA



## COMUNICATO N. 077 DOCENTI

**Oggetto: Adesione vaccinazione anti COVID – 19 per personale scolastico**

Per aderire alla campagna di vaccinazione occorre registrarsi sul portale [www.ilpiemontetivaccina.it](http://www.ilpiemontetivaccina.it).  
Si ricorda che all'atto della vaccinazione il personale dovrà essere munito di:

- documento identità;
- cedolino stipendio attestante l'amministrazione di appartenenza;
- consenso informato debitamente compilato;
- scheda anamnestica debitamente compilata, qualora si avessero dubbi è possibile contestualizzare con il medico presente il giorno del vaccino;
- atto notorio debitamente compilato.

**Gli ultimi tre documenti sono a disposizione sul sito.**

Il personale scolastico che non è residente in Piemonte potrà tramite il proprio referente covid scolastico fare richiesta di aderire alla vaccinazione e gli verrà dato dal SISP l'appuntamento.

**Le tempistiche della vaccinazione dipendono dalla Regione.**

**Sul sito della scuola è a disposizione tutta la documentazione pervenuta.**

**Cordiali saluti.**

Biella, 23 febbraio 2021



IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof. Giovanni MARCIANO'

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'****(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)****Valida dal 15/02/2021**

Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

**di appartenere alla seguente categoria ad oggi oggetto della campagna vaccinazione COVID 19 (crociare la categoria di appartenenza):**

- ❖ Personale scolastico:
- Docente
  - Non docente

Istituto di appartenenza \_\_\_\_\_

Sede \_\_\_\_\_

Dichiara, infine, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati come da informativa di seguito riportata.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il Dichiarante \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto.

**INFORMATIVA PRIVACY****Campagna vaccinazione Covid-19.**

**(art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali)**

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, ed in conformità con quanto previsto dalla normativa di riferimento (Legge 833/78 ss.mm.ii. "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale", D.Lgs. 502/92 ss.mm.ii. " Riordino della disciplina in materia sanitaria", Legge 189/2012 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", DPCM 11/03/2020 e ss.mm.ii.) desideriamo informarLa che i Suoi dati personali comuni necessari alla predisposizione di un elenco di soggetti da sottoporre a vaccinazione, nell'ambito della campagna vaccinazione COVID-19, saranno trattati secondo i principi di correttezza, liceità, legittimità, nel rispetto della normativa privacy e del segreto professionale.

**L'Azienda Sanitaria di Biella**, con sede Via dei Ponderanesi, n. 2 – 13875 Ponderano, Tel. 015-15151 Fax. 015-15153545, [www.aslbi.piemonte.it](http://www.aslbi.piemonte.it), P.I./Cod. Fisc. 01810260024, in qualità di **Titolare del Trattamento** dei dati personali, La informa che i suoi dati saranno trattati con le modalità e per le finalità seguenti e mette in evidenza i diritti di cui Lei gode in qualità di soggetto "interessato".

**1) TIPOLOGIA E FONTE DEI DATI TRATTATI**

I dati personali sono raccolti direttamente presso l'interessato e riguardano:

- Anagrafica, residenza, codice fiscale;
- categoria di appartenenza.

**2) FINALITÀ DEL TRATTAMENTO E BASE GIURIDICA**

Per le finalità di seguito indicate, il consenso al trattamento dei dati personali non è richiesto:

- scopi amministrativi, di valutazione e controllo necessari all'attività di gestione e organizzazione nell'ambito della campagna di vaccinazione COVID 19.

La base giuridica è rappresentata dalle disposizioni di legge relative all'emergenza e prevenzione del contagio COVID-19; le condizioni di liceità sono da ricercare nella tutela della salute pubblica e per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica ex art. 6, comma 1, lett e), e d) e art. 9 par.2 lettera i) del Regolamento UE 2016/679 ed art. 2-sexies comma 2, lettere u) e v) del D. Lgs. 196/2003 integrato con le modifiche introdotte dal D. Lgs. 101/2018.

### **3) CONFERIMENTO DEI DATI**

Il conferimento dei dati personali è necessario per lo svolgimento delle attività inerenti la campagna di Vaccinazione COVID 19.

### **4) MODALITÀ DEL TRATTAMENTO**

Il trattamento dei dati personali, ovvero l'acquisizione, la registrazione, la comunicazione, la conservazione e la cancellazione avviene con modalità automatizzate e cartacee da parte del personale autorizzato al trattamento. I dati personali sono sottoposti a conservazione opportunamente protetta da accesso fisico o logico non autorizzato, nel rispetto dei principi di esigenza di accesso e minimo privilegio.

In particolare, le informazioni trattate potranno essere comunicate, nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi, ai compiti, ed alle finalità di cui al punto 2 e nel rispetto della normativa vigente in materia, alle seguenti categorie di soggetti, e comunque seguendo il principio di minimizzazione, che consiste nella raccolta dei soli dati pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali sono trattati:

- a. alla Regione Piemonte;
- b. agli Enti/Istituzioni Pubbliche nei casi previsti dalla legge.

### **5) TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO**

I dati da Lei forniti non saranno in alcun modo oggetto di diffusione e non saranno trasmessi a paesi esterni all'UE.

### **6) PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI**

I dati saranno conservati il tempo necessario ad adempiere alle finalità di cui sopra, nel rispetto degli obblighi di conservazione e dei limiti previsti dalla Legge.

### **7) DIRITTI DELL'INTERESSATO**

L'interessato ha il diritto di ottenere dall'Asl BI, nei casi previsti e ove applicabile e tecnicamente possibile, l'esercizio di specifici diritti, come previsti dagli artt. 15 - 21 del Regolamento (UE) 2016/679.

Questo documento è di proprietà della ASL di Biella e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale o della Direzione che l'ha approvato.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, potrà rivolgersi al Titolare del trattamento con le seguenti modalità:

- raccomandata A/R all'indirizzo: Azienda Sanitaria di Biella, Via dei Ponderanesi, 2 – 13875 Ponderano (BI);
- [PEC: ufficio.protocollo@cert.aslbi.piemonte.it](mailto:ufficio.protocollo@cert.aslbi.piemonte.it) ;

indicando l'oggetto della richiesta e allegando la fotocopia di un documento di identità che attesti la legittimità della richiesta.

### **8) PROPOSIZIONE DI RECLAMO**

L'interessato, ricorrendone i presupposti, ha altresì il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo per la protezione dei dati personali (ex art. 77 Reg. n. 679/2016).

### **9) DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (RPD/DPO)**

Il Responsabile della Protezione dai Dati, al quale Lei potrà rivolgersi, è la **Slalom s.r.l.**. Il Referente è la Dott.ssa **Alessandra Gaetano** rintracciabile al seguente indirizzo e-mail: [dpo@slalomsrl.it](mailto:dpo@slalomsrl.it)

VACCINAZIONE ANTI-COVID19  
MODULO DI CONSENSO

Nome e Cognome: .....	
Data di nascita: .....	Luogo di nascita: .....
Residenza: ..... .....	Telefono: ..... .....
Tessera sanitaria (se disponibile): N. ....	

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa in Allegato 1, di cui ricevo copia.

Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la Scheda Anamnestica in Allegato 2.

In presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione ho posto domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.

Sono stato correttamente informato con parole a me chiare, ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose.

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarò mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.

Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

Acconsento ed autorizzo la somministrazione della vaccinazione mediante vaccino "COVID-19 Vaccine AstraZeneca".

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale

\_\_\_\_\_

Rifiuto la somministrazione del vaccino "COVID-19 Vaccine AstraZeneca".

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale

\_\_\_\_\_

Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale

1. Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione,  
dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma \_\_\_\_\_

2. Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione,  
dopo essere stato adeguatamente informato.

Firma \_\_\_\_\_

## Dettagli operativi della vaccinazione

	<b>Sito di iniezione</b>	LOT. N°	Data di scad.	Luogo di sommini- strazione	Data e ora di Sommini- strazione	Firma Sanitario
<b>1a dose</b>	Braccio destro					
	Braccio sinistro					
<b>2° dose</b>	Braccio destro					
	Braccio sinistro					

## VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 NOTA INFORMATIVA

1. Il vaccino “COVID-19 Vaccine AstraZeneca” è usato al fine di prevenire la malattia COVID-19 causata dal virus SARS-CoV-2.
2. Il vaccino stimola le difese naturali dell’organismo (il sistema immunitario) a produrre anticorpi e globuli bianchi specializzati che agiscono contro il virus, fornendo così protezione contro COVID-19. Nessuno dei componenti di questo vaccino può provocare COVID-19.
3. Il vaccino “COVID-19 Vaccine AstraZeneca” è somministrato ad adulti di età pari o superiore a 18 anni. Al momento sono disponibili dati limitati sull’efficacia di “COVID-19 Vaccine AstraZeneca” in soggetti di età pari o superiore a 55 anni.
4. In base alle attuali conoscenze scientifiche la somministrazione del vaccino non può essere raccomandata né controindicata alle donne in gravidanza e in fase di allattamento. La somministrazione del vaccino potrà essere effettuata solo successivamente all’analisi, caso per caso con la figura professionale sanitaria di riferimento, dei potenziali rischi e dei potenziali benefici per la madre, il feto e il neonato. Non è noto se “COVID-19 Vaccine AstraZeneca” sia escreto nel latte materno.
5. Il vaccino è somministrato mediante iniezione per via intramuscolare, preferibilmente nel braccio.  
Esso richiede 2 dosi, a distanza di 4-12 settimane (da 28 a 84 giorni) l’una dall’altra.

**È molto importante che Lei si ripresenti per la seconda somministrazione, altrimenti il vaccino potrebbe non funzionare.**

Se viene somministrata la prima iniezione di “COVID-19 Vaccine AstraZeneca”, per completare il ciclo di vaccinazione anche la seconda iniezione dovrà essere con “COVID-19 Vaccine AstraZeneca”.

Qualora dimenticasse di tornare alla data prestabilita per la seconda somministrazione si rivolga al suo Medico curante o alla struttura che le ha somministrato la prima dose.

6. La protezione inizia da circa 3 settimane dopo la prima dose di “COVID-19 Vaccine AstraZeneca”. I vaccinati potrebbero non essere completamente protetti fino a 15 giorni dopo la somministrazione della seconda dose.

Il vaccino potrebbe non proteggere completamente tutti coloro che lo ricevono. Infatti l'efficacia stimata dalle sperimentazioni cliniche (dopo due dosi di vaccino) è del 59,5% e potrebbe essere inferiore in persone con comorbidità e problemi immunitari.

Anche dopo somministrazione di entrambe le dosi del vaccino, **si raccomanda** di continuare a seguire scrupolosamente le raccomandazioni delle autorità locali per la sanità pubblica, al fine di prevenire la diffusione del COVID-19.

7. Una dose (0,5 mL) di “COVID-19 Vaccine AstraZeneca” contiene non meno di  $2,5 \times 10^8$  unità infettive di un vettore rappresentato da un Adenovirus di scimpanzé (coltivato su cellule renali embrionali umane) modificato con tecnologia del DNA ricombinante in modo da codificare la glicoproteina spike del SARS-CoV-2 (ChAdOx1-S)

Sono inoltre presenti i seguenti eccipienti:

- L-istidina
- L-istidina cloridrato monoidrato
- Magnesio cloruro esaidrato
- Polisorbato 80 (E 433)
- Etanolo
- Saccarosio
- Sodio cloruro
- Disodio edetato (diidrato)
- Acqua per preparazioni iniettabili

Dopo la somministrazione, la glicoproteina S di SARS-CoV-2 stimola gli anticorpi neutralizzanti e le risposte immunitarie cellulari, che possono contribuire alla protezione contro COVID-19.

## 8. Il vaccino può causare **reazioni avverse**.

Tali reazioni possono essere:

**Molto comuni** (possono interessare più di 1 paziente su 10):

- dolorabilità, dolore, calore, prurito o lividi nel punto in cui viene praticata l'iniezione;
- sensazione di stanchezza (affaticamento) o sensazione di malessere generale;
- brividi o sensazione di febbre;
- mal di testa;
- nausea;
- dolore alle articolazioni o dolore muscolare.

**Comuni** (possono interessare fino a 1 paziente su 10):

- tumefazione o eritema nel punto in cui viene praticata l'iniezione;
- febbre (>38°C);
- vomito o diarrea.

**Non comuni** (possono interessare fino a 1 paziente su 100):

- sonnolenza o sensazione di vertigini;
- diminuzione dell'appetito;
- ingrossamento dei linfonodi;
- sudorazione, prurito o eruzione cutanea.

### **Reazioni allergiche**

In caso di sintomi gravi o sintomi che potrebbero essere correlati ad una reazione allergica, consultare immediatamente il proprio Medico curante o ricorrere a strutture di pronto soccorso.

I sintomi di una reazione allergica includono:

- sensazione di svenimento o stordimento;
- cambiamenti nel battito cardiaco;
- fiato corto;
- respiro sibilante;
- gonfiore delle labbra, del viso o della gola;
- orticaria o eruzione cutanea;
- nausea o vomito;
- mal di stomaco.

Negli studi clinici non sono stati osservati decessi correlati alla vaccinazione.

*L'elenco di reazioni avverse sovraesposto non è esaustivo di tutti i possibili effetti indesiderati che potrebbero manifestarsi durante l'assunzione del vaccino "COVID-19 Vaccine AstraZeneca".*

*Se manifesta un qualsiasi effetto indesiderato non elencato informi immediatamente il proprio Medico curante.*

9. Non si può contrarre la malattia COVID-19 in seguito alla somministrazione del vaccino "COVID-19 Vaccine AstraZeneca".

10. Non è possibile al momento prevedere danni a lunga distanza.

VACCINAZIONE ANTI-COVID-19  
SCHEDA ANAMNESTICA

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

Nome e Cognome:	Telefono:		
<b>Anamnesi</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
Attualmente è malato?			
Ha febbre?			
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì, specificare:..... .....			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?			
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?			
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?			

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?			
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?			
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?			
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i? .....			
Per le donne: - è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
- sta allattando?			

Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

<b>Anamnesi COVID-correlata</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NON SO</b>
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?			
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?			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
Test COVID-19: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nessun test COVID-19 recente</li> <li>• Test COVID-19 negativo (Data: _____)</li> <li>• Test COVID-19 positivo (Data: _____)</li> <li>• In attesa di test COVID-19 (Data: _____)</li> </ul>			

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

---



---



---



---



---



---



---



---