



**MINISTERO DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA - UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE
PER LA PUGLIA**

**ISTITUTO COMPrensIVO STATALE con indirizzo musicale
SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI 1° GRADO
"MUSTI-DIMICCOLI" - Barletta**

Comunicazione N. 139

Alle Famiglie Degli Alunni
Agli Alunni Delle Classi 1^a - 2^a
Scuola di Primo Grado
Sito Web

OGGETTO: vaccinazioni alunni di 1^a e 2^a scuola di Primo Grado a.s. 2021/2022

Si comunica che, per l'anno scolastico in corso, 2021-2022, l'Equipe medica dell'Ambulatorio vaccinale della ASL BT di Barletta effettuerà a breve le vaccinazioni previste dal calendario vaccinale per la fascia di età 11 - 13 anni, in particolare le vaccinazioni: anti-papillomavirus, anti-meningococcica B ed anti-meningococcica ACWY.

Ciascun alunno sarà convocato per due volte durante il corrente anno per completare i cicli di vaccinazione nel prossimo anno scolastico.

Pertanto si invitano i gentili genitori a scaricare l'apposito "Modulo di Consenso per le Vaccinazioni dell'adolescente (vedi allegato) e consegnarlo presso il centralino dell' I.C. Musti-Dimiccoli entro e non oltre il 12/03/2022.

Al momento della Vaccinazione, ciascun alunno dovrà essere accompagnato dai due genitori, o in alternativa, da un genitore che dovrà dichiarare il consenso del genitore assente.

Si comunicherà in seguito il calendario delle vaccinazioni che avranno luogo presso l'Hub vaccinale del Palazzetto dello Sport.



Dirigente Scolastico
prof.ssa Addolorata LIONETTI

*(firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
dell'art. 3 comma 2 del D.L. 39/93)*



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE

Via Fornaci 201 - 76123 Andria
tel. 0883.299.750

direzione.generale.aslbat@pec.rupar.puglia.it

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

U.O.C. SERVIZIO IGIENE PUBBLICA

PIAZZA PRINCIPE UMBERTO - 76121 Barletta

tel: 0883 577913 - uff.igiene.barletta@aslbat.it

MODULO DI CONSENSO PER LE VACCINAZIONI DELL'ADOLESCENTE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____, residente a _____

in via _____ e

il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____, residente a _____

in via _____,

in qualità di genitore/i rappresentante legale (tutore o altro)

del minore:

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____

frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola _____

Dichiariamo che nostro figlio/il minore

Notizia anamnestiche	SI	NO	NON SO
E' attualmente ammalato?			
Il bambino è allergico a farmaci, alimenti, lattice o altre sostanze? Se si, specificare a cosa _____			
Ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino? Se si, quale _____			
Ha deficit del sistema immunitario?			
Soffre di malattie croniche (metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, altre)? Se si, quali _____			
Assume farmaci con continuità? Se si, quali _____			
Ha assunto cortisone per via sistemica o farmaci immunosoppressori nelle ultime due settimane? Se si, quale farmaco e a quale dosaggio _____			





ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE

Via Fornaci 201 - 76123 Andria
tel. 0883.299.750

direzione.generale.aslbat@pec.rupar.puglia.it

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

U.O.C. SERVIZIO IGIENE PUBBLICA

PIAZZA PRINCIPE UMBERTO - 76121 Barletta

tel: 0883 577913 - uff.igiene.barletta@aslbat.it

Dichiariamo inoltre:

di acconsentire ed autorizzare la somministrazione della vaccinazione:

anti-papillomavirus anti-meningococco B anti-meningococco ACWY

di aver acquisito l'**assenso dell'altro genitore**, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna ed autorizzare la somministrazione della vaccinazione:

anti-papillomavirus anti-meningococco B anti-meningococco ACWY

di rifiutare la somministrazione della vaccinazione:

anti-papillomavirus anti-meningococco B anti-meningococco ACWY

Data e luogo: _____

Firma dei genitori, del tutore e del rappresentante legale che accettano/rifiutano le vaccinazioni

