

**Dr.ssa MONZANI ILARIA**

*Form. Spec. in Medicina Generale*

*Cod. Reg. 005033P*

*MNZLR190C46F952G*

VIA GARIBALDI, 8

28069 TRECATE (NO)

Tel. 3209487180

**CONSENSO INFORMATO ALLA VACCINAZIONE  
ANTIINFLUENZALE LETTO E FIRMATO  
DALL'ASSISTITO**

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra .....,  
nato/a a ....., il ...../...../....., residente in  
....., via..... con  
codice fiscale ....., assistito/a della

**Dr.ssa MONZANI ILARIA**

**DICHIARA**

di essere a conoscenza che la vaccinazione antiinfluenzale non è  
obbligatoria secondo le vigenti leggi; dichiara inoltre di essere stato  
informato dal medico vaccinatore sui rischi e benefici legati alla  
vaccinazione antiinfluenzale, sul tipo di vaccino che verrà inoculato  
(.....), sui rischi e benefici legati all'uso di questo  
tipo di vaccino.

Firma dell'Assistito

TRECATE, ...../...../2023