



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

Prot. n.

Barletta li,

02 MAR. 2022

OGGETTO: programma di prevenzione anti-papillomavirus, anti-meningococcica ed anti-difterite-pertosse-tetano-poliomielite: vaccinazione degli alunni coorte di nascita 2009 e 2010 - richiesta elenchi degli alunni

Al Dirigente Scolastico
Scuola Secondaria di Primo Grado
BARLETTA

Con la presente, sono ad informarla che l'Equipe medica dell'Ambulatorio vaccinale di questo Servizio 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 scolastico e completerà i cicli di vaccinazione nel prossimo anno scolastico.

Per poter verificare in via preventiva lo "storico" vaccinale di ciascun alunno e calendarizzare le sedute di vaccinazione, si chiede di voler trasmettere:

1. gli elenchi degli alunni delle coorti di nascita 2009 e 2010 (ed eventualmente 2011) frequentanti Codesta scuola, riportando per ciascun alunno: dati anagrafici, indirizzo, paternità e un recapito telefonico;
2. il "Modulo di Consenso per le Vaccinazioni dell'adolescente" (vedi Allegato) compilato dai genitori (o legale rappresentante).

Si precisa che, essendo tutt'ora attivo l'Hub vaccinale presso il Palazzetto dello Sport di Barletta, le sedute di vaccinazione avranno luogo presso tale sede.

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.

Per ogni comunicazione o chiarimento in merito, potrà fare riferimento all'indirizzo mail uff.igiene.barletta@aslbat.it.

Nel ringraziarLa per la Sua collaborazione, si porgono cordiali saluti

Il Medico Referente S.I.S.P. Barletta
Dott. Luigi Romanelli



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

