



- Alle Scuole della provincia di Arezzo, Siena e Grosseto
- Ai genitori e agli studenti

Gentili genitori, cari ragazzi,

L'anno scolastico 2020-2021 ci ha visti impegnati ad affrontare l'emergenza Covid e nonostante le precauzioni adottate dalle Scuole si sono presentati diversi focolai che hanno determinato l'interruzione della frequenza scolastica, con isolamenti, quarantene e tamponi.

Le scuole secondarie sono state in didattica a distanza per mesi.

I ragazzi positivi hanno successivamente contagiato genitori e fratelli.

Il decorso della malattia negli studenti è stato generalmente lieve ma sono stati registrati anche dei ricoveri.

Il Covid anche nei ragazzi può causare gravi complicanze.

I ragazzi positivi tra 12-18 anni nella nostra ASL ad oggi sono stati più di 4.500 che corrisponde all' 9 % della popolazione 12-18 anni.

Speriamo che il prossimo anno si svolga con maggiore serenità dato che possiamo contare sulla vaccinazione. Il personale scolastico e non, già da diversi mesi ha aderito alla campagna vaccinale.

Adesso abbiamo a disposizione anche la vaccinazione dei ragazzi a partire dai 12 anni con il vaccino Pfizer e Moderna. Sono vaccini a mRNA che garantiscono la protezione dalla malattia grave.

E' un'opportunità straordinaria per proteggere la loro salute, per garantire la frequenza scolastica, la ripresa delle attività sportive e la loro socialità, per proteggere i familiari e coloro che non possono vaccinarsi.

Ad oggi sono state somministrate 87.757 prime dosi ai ragazzi nella fascia 12-18, raggiungendo il 78.50 % della popolazione 12-18 anni.

La Asl Toscana sud est metterà a disposizione un camper itinerante come postazione vaccinale.

Verrà collocato in prossimità degli Istituti Scolastici per favorire l'accesso agli studenti anche residenti in altre regioni. I minori devono essere accompagnati da un genitore.

Inizieremo il 15 settembre ad **Arezzo**-parceggio il Rossellino, **Siena**-Parco di Pescaia e **Grosseto**- Cittadella dello studente e continueremo nelle due settimane successive.

Il Dirigente scolastico comunicherà le date ed i luoghi più vicini a voi e potrete prenotare sempre sul sito [prenotavaccino.sanita.toscana.it](http://prenotavaccino.sanita.toscana.it), scegliendo l'opzione camper oppure con accesso diretto.

Rimandare significa permettere al virus di sviluppare nuove varianti.

Vi trovate di fronte ad una scelta importante e vi invitiamo a vaccinare con fiducia i vostri ragazzi a partire dai 12 anni.

Dott.ssa Anna Beltrano  
Responsabile campagna vaccinale  
Asl Toscana sud est

Dott.ssa Guya Monti  
Responsabile Educazione alla Salute

Come prenotare

- servizio di prenotazione online: sul sito della regione toscana: [prenotavaccino.sanita.toscana.it](http://prenotavaccino.sanita.toscana.it)

scegliendo il centro vaccinale o il camper

- open day nei centri vaccinali senza prenotazione
- dal Pediatra di libera scelta e dal Medico di Medicina Generale
- nelle farmacie aderenti: si consiglia di telefonare per la conferma dell'orario.

Fonti informative:

- Società italiana di pediatria. <https://sip.it/wp-content/uploads/2021/06/SIP-Vaccino-Covid-2-1.pdf>
- Appello di 42 pediatri italiani. [https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=97597](https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=97597)
- Spazio informativo ospedale Bambino Gesù. <https://www.ospedalebambinogesù.it/nuovo-coronavirus-i-vaccini-a-rna-come-funzionano-e-perche-sono-sicuri-99303/>
- Il vostro Pediatra o il vostro Medico sono il vostro punto di riferimento.

Si allegano inoltre

- Moduli consenso e delega dei genitori
- ~~Vaccini a mRNA: schede tecniche ed eventi collaterali~~
- ~~Locandina per i ragazzi~~
- ~~Elenco farmacie~~

Si ricorda la possibilità di scaricare la modulistica plurilingue al seguente indirizzo

<https://www.regione.toscana.it/-/modulo-di-consenso-anamnesi-vaccino-covid-19-plurilingue>

# CALENDARIO CAMPER VACCINALE

## PROVINCIA DI AREZZO

ORARIO 8.00-13.30

15 Settembre	<b>AREZZO</b>	Parcheeggio il Rossellino
16 Settembre	<b>MONTEVARCHI</b>	ISIS Benedetto Varchi
20 Settembre	<b>BIBBIENA</b>	Ist. E.Fermi Piazza Matteotti 1
21 Settembre	<b>AREZZO</b>	Parcheeggio Teatro Mecenate Viale Dante
22 Settembre	<b>SAN GIOVANNI VALDARNO</b>	Giardino di Epicuro Licei G. da S. Giovanni
23 Settembre	<b>SAN SEPOLCRO</b>	Parcheeggio Palazzetto dello Sport
24 Settembre	<b>FOIANO DELLA CHIANA</b>	Piazza Licio Nencetti

### COME PRENOTARE

- Per agevolare le **PRENOTAZIONI** al **CAMPER VACCINALE** è stata predisposta **ESCLUSIVAMENTE** la **PRENOTAZIONE TELEFONICA** tramite **CUP** da lunedì 13 settembre.  
**CUP-TEL**: è il servizio di prenotazione e disdetta telefonica attivo dal lunedì al venerdì dalle 7.45 alle 17.30:
  - da telefono fisso al numero verde **800 575800**
  - da cellulare al **0575 379100** (tariffa del proprio operatore telefonico)
- In alternativa: **ACCESSO LIBERO SENZA PRENOTAZIONE** ai camper vaccinali.
- **RIMANGONO APERTE LE PRENOTAZIONI AI CENTRI VACCINALI TRAMITE IL LINK**  
<https://prenotavaccino.sanita.toscana.it>
- **OPEN DAY NEI CENTRI VACCINALI**

VACCINAZIONE ANTI-COVID19

**MODULO DI CONSENSO per minori**

<b>Nome e Cognome del vaccinando/a :</b>	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Telefono:	Residenza:

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a ..... il .....  
 residente a ..... indirizzo .....  
 in qualità di **madre** [ ] rappresentante legale [ ]

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a ..... il .....  
 residente a ..... indirizzo .....  
 in qualità di **padre** [ ] rappresentante legale [ ]

- Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: “.....”
- Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione del vaccinando.
- Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del vaccinando 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, se prevista.
- Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il Medico curante e seguirne le indicazioni.
- Accetto di far rimanere il vaccinato nella sala d’aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

**Accosento ed autorizzo la somministrazione del vaccino “.....” a .....**

DATA E LUOGO .....

Firme dei genitori o Rappresentante legale .....

In caso di assenza di uno dei genitori, in alternativa:

- potrà essere esibita una delega per l’accettazione della vaccinazione del genitore assente
- il genitore presente dichiara e sottoscrive che: il genitore assente .....  
 è stato impossibilitato a presenziare, ma acconsente alla vaccinazione  
 firma.....

**Rifiuto la somministrazione del vaccino “.....”**

Data e Luogo.....

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

**Professionisti Sanitari dell’equipe vaccinale**

1. Nome e Cognome (Medico).....  
 Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.  
 Firma .....

2. Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario) .....  
 Ruolo .....

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

*La presenza del secondo Professionista Sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un Singolo Medico, al domicilio della Persona vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.*

## DELEGA PER LA VACCINAZIONE anti-COVID-19 nei MINORI

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

Io sottoscritto/a (nome e cognome del genitore che non può essere presente alla vaccinazione)

\_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Rec. Telefonico \_\_\_\_\_

Padre / Madre di (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Impossibilitato ad essere presente alla vaccinazione, esprimo il mio consenso alla somministrazione del suddetto vaccino e al trattamento dei dati personali e

### DELEGO

Il /la Sig./Sig.ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Padre / Madre del minore

Documento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

a **rappresentarmi** presso l'Ambulatorio vaccinale per la vaccinazione di **NOSTRO/A FIGLIO/A**

(nome e cognome) \_\_\_\_\_

**IN DATA** \_\_\_\_\_

Si allega alla presente fotocopia del documento d'identità del dichiarante

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

\_\_\_\_\_ **firma del Delegante**