



LICEO "DE NITTIS - PASCALI" BARI

Cod. Mecc.: BASL06000T - Cod. Fisc.: 93510780724

e-mail: basl06000t@istruzione.it

posta cert.: basl06000t@pec.istruzione.it

www.liceoartisticobari.it

Liceo Artistico "De Nittis" Via Timavo, 25 - 70125 Bari - Tel. 080/5563617 - 080/0994660

Liceo Artistico e Coreutico "Pascali" Corso Vittorio Veneto, 14 - 70123 Bari - Tel. 080/5793902

Bari, 1 giugno 2021

Prot. N. 1135

**COMUNICAZIONE n. 124  
(Liceo "De Nittis-Pascali")**

*Agli Studenti delle Classi Quinte e alle loro Famiglie  
Ai Docenti  
Al Personale ATA*

**Oggetto: Piano vaccinale Studenti classi Quinte del Liceo "De Nittis-Pascali" Bari**

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Vista** la nota del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti, Regione Puglia Prot. n. 1117 del 08/02/2021: Piano straordinario di vaccinazione anti Covid-19;

**Vista** la nota del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti, Regione Puglia, prot. n. 1770 del 03-03-2021 in cui sono aggiornate e diramate le indicazioni relative al programma regionale di vaccinazione anti Covid-19;

**Vista** la nota del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti, Regione Puglia, del 30-05-2021 in cui sono diramate le indicazioni relative al programma regionale di vaccinazione anti Covid-19 per i maturandi;

**Considerata** la calendarizzazione delle sedute vaccinali e la relativa attuazione, comunicate dalla ASL per tutti gli Studenti delle classi Quinte del Liceo "De Nittis-Pascali" di Bari nel giorno 05/06/2021;

**Considerato** che tutti gli Studenti delle classi Quinte – compresi i candidati esterni - del Liceo "De Nittis-Pascali" di Bari (n. 176 unità) sono stati convocati per il giorno 5 giugno 2021 dalle ore 15.30 alle ore 17.30 per il piano vaccinale dei maturandi,

**TRASMETTE**

in allegato alla presente, l'elenco delle classi Quinte del Liceo "De Nittis-Pascali", che, a partire dalle ore 15.30 (primo gruppo) e fino alle ore 17.30, come indicato dal Dipartimento di Prevenzione ASL Bari, si recheranno per la seduta vaccinale **sabato 5 giugno 2021** presso l'**Hub vaccinale della Fiera del Levante di Bari**.

Si raccomanda la massima puntualità.

**N. B.** Gli alunni minorenni dovranno essere accompagnati da un Genitore o un Esercente la potestà genitoriale.

Si trasmettono altresì:

- il **MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTI-COVID 19**,

- la **SCHEDA ANAMNISTICA PREVACCINALE e ANAMNESI COVID CORRELATA**,

che vanno accuratamente compilati in tutte le parti di propria competenza, prima di presentarsi all'appuntamento indicato, e vanno consegnati al Personale della ASL presente in loco.

Si confida nella consueta collaborazione da parte di tutti.



**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

*prof.ssa Irma D'Ambrosio*

ora	classe	Numero alunni
15.30	V A DE NITTIS	18
15.40	V B DE NITTIS	22
15.55	V C DE NITTIS	19
16.05	V E DE NITTIS	22
16.20	V F DE NITTIS	15
16.30	V A PASCALI	14
16.40	V B PASCALI	21 + 1 candidato esterno
16.55	V C PASCALI	15
17.05	V D PASCALI	17
17.15	V E PASCALI	11+ 1 candidato esterno

# VACCINAZIONE ANTI-COVID19

## MODULO DI CONSENSO

Cognome e Nome	
Data di nascita	Luogo di nascita
Comune residenza	Indirizzo residenza
Telefono	E-mail
N. Tessera Sanitaria (se disponibile)	

In qualità di (genitore, tutore, amministratore di sostegno) del

- Minore
- Interdetto/Infermo/Incapace
- Altro, specificare

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.

Ho avuto la possibilità di porre 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, se prevista.

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà 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 verificano reazioni avverse immediate.

# VACCINAZIONE ANTI-COVID19

## MODULO DI CONSENSO

<b>Acconsento ed autorizzo</b> la somministrazione del vaccino “ _____ ”
Data e luogo
<b>Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante Legale</b>

<b>Rifiuto</b> la somministrazione del vaccino “ _____ ”
Data e luogo
<b>Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante Legale</b>

### *Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale \**

<p><b>1. Nome e Cognome (Medico)</b></p> <p>_____</p> <p><i>Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.</i></p> <p>Firma _____</p> <p><b>2. Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario)</b></p> <p>_____</p> <p>Ruolo _____</p> <p>_____</p> <p><i>Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.</i></p> <p>Firma _____</p>
--

**\* 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.**

# VACCINAZIONE ANTI-COVID-19

## SCHEDA ANAMNESTICA

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

Cognome e Nome	Telefono
----------------	----------

<b>ANAMNESI PREVACCINALE</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? (ad 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? .....			
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?			
<b>Per le donne</b>			
- E' incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
- Sta allattando?			

# VACCINAZIONE ANTI-COVID-19

## SCHEDA ANAMNESTICA

<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-CoV-2 o affetta da COVID-19?			
<i>Manifesta uno dei seguenti sintomi?</i>			
Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali			
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?			
<i>Test COVID-19:</i>			
Test COVID-19 recente (Data: .....)			
In attesa di test COVID-19 (Data: .....)			
Test COVID-19 Negativo (Data: .....)			
Test COVID-19 Positivo (Data: .....)			

Data e luogo
<b>Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante Legale</b>