

VACCINO ANTI-INFLUENZALE STAGIONE 2022-2023

CEPIVO PROTI GRIPI 2022-2023

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO

NADOMESTNA IZJAVA POTRDILA IN NADOMESTNA DOKAZILNA IZJAVA

Artt. 46 e 47 d.p.r.28 dicembre 2000, n.445

46. in 47. člen UPR št.445 z dne 28. 12. 2000

La/Il sottoscritto / **Podpisani/a** _____ nata/o il / **datum rojstva** _____a / **kraj rojstva** _____, residente in / **stalno prebivališče** _____documento identificativo n. / **identifikacijski dokument št.** __________ Codice Fiscale / **davčna številka** _____

consapevole delle responsabilità penali cui va incontro nel caso di dichiarazioni false o mendaci nonché nel caso di falsità in atti o di uso di atti falsi, come previsto dell'art.76 del D.P.R. 445/2000 e della decadenza dai benefici concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera come previsto dall'articolo 75 del D.P.R. 445/2000 / **seznanjen_a s kazensko odgovornostjo, ki je skladno s 76. členom UPR 445/2000 predvidena v primeru podajanja neresničnih ali lažnih izjav ter ponarejanja listin ali uporabe ponarejenih listin, in z dejstvom, da skladno s 75. členom UPR 445/2000 ugodnosti, pridobljene na podlagi neresnične izjave, prenehajo veljati,**

DICHARA / **IZJAVLJAM**di appartenere alla seguente categoria di rischio per influenza / **Izjavljam, da spadam v naslednjo kategorijo tveganja za gripo:****CATEGORIA DI APPARTENENZA:**

<input type="checkbox"/>	CIRC	MALATTIE CRONICHE DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO / KRONIČNE BOLEZNI SRCA IN OŽILJA
<input type="checkbox"/>	DEFCA	IMMUNOSOPPRESSIONE CONGENITA O ACQUISITA / PRIROJENA ALI PRIDOBLJENA IMUNOSUPRESIJA
<input type="checkbox"/>	DIAL	EMODIALIZZATI E UREMICI CRONICI / HEMODIALIZNI IN KRONIČNI UREMIČNI BOLNIKI
<input type="checkbox"/>	DM	DIABETE MELLITO / SLADKORNA BOLEZEN
<input type="checkbox"/>	EPATC	EPATOPATIE CRONICHE / KRONIČNE HEPATOPATIE
<input type="checkbox"/>	HSCT	TRAPIANTO DI MIDOLLO / PRESADITEV KOSTNEGA MOZGA
<input type="checkbox"/>	ICP	INTERVENTI CHIRURGICI PROGRAMMATI / NAČRTOVANE OPERACIJE
<input type="checkbox"/>	IRC	INSUFFICIENZA RENALE/SURRENALICA CRONICA / KRONIČNA LEDVIČNA/NADLEDVIČNA INSUFICIENCA
<input type="checkbox"/>	MICI	MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE E SINDROMI DA MALASSORBIMENTO INTESTINALE / KRONIČNE VNETHNE BOLEZNI IN ČREVESNI MALABSORPCIJSKI SINDROMI
<input type="checkbox"/>	MM	ALTRE MALATTIE METABOLICHE DIVERSE DAL DIABETE / DRUGE PRESNOVNE BOLEZNI, KI NISO SLADKORNA BOLEZEN
<input type="checkbox"/>	MTNEU	MALATTIE DEL MOTONEURONE / BOLEZNI MOTORIČNEGA NEVRONA
<input type="checkbox"/>	NEMUS	MALATTIE CON INCREMENTATO RISCHIO DI ASPIRAZIONE DI SECREZIONI RESPIRATORIE / BOLEZNI S POVEČANIM TVEGANJEM ASPIRACIJE DIHALNIH IZLOČKOV
<input type="checkbox"/>	OBESI	OBESITA' (BMI>30) / DEBELOST (BMI>30)
<input type="checkbox"/>	RESP	MALATTIE CRONICHE DELL'APPARATO RESPIRATORIO / KRONIČNE BOLEZNI DIHAL
<input type="checkbox"/>	SPLEN	ASPLENIA ANATOMICA O FUNZIONALE/CANDIDATI ALLA SPLENECTOMIA / ANATOMSKA ALI FUNKCIONALNA ASPLENIJA/KANDIDATI ZA SPLENEKTOMIJO
<input type="checkbox"/>	TALAS	EMOGLOBINOPATIE QUALI ANEMIA FALCIFORME E TALASSEMIA / HEMOGLOBINOPATIE, KOT STA SRPASTOČELIČNA ANEMIJA IN TALASEMIJA.
<input type="checkbox"/>	TEMAT	MALATTIE ONCO-EMATOLOGICHE / ONKOHEMATOLOŠKE BOLEZNI
<input type="checkbox"/>	TROS	TRAPIANTO D'ORGANO SOLIDO / PRESADITEV TRDNIH ORGANOV
<input type="checkbox"/>	TSOL	TUMORI SOLIDI / SOLIDNI TUMORJI
<input type="checkbox"/>	DGRA	DONNA IN GRAVIDANZA / NOSEČNA ŽENSKA
<input type="checkbox"/>	DPP	DONNE NEL POSTPARTUM / ŽENSKES PO PORODU
<input type="checkbox"/>	CONRI	CONVIVENTE DI SOGGETTO AD ALTO RISCHIO / SOSTANOVALEC OSEBE Z VISOKIM TVEGANJEM
<input type="checkbox"/>	DOSAN	DONATORE DI SANGUE / DAROVALEC KRVI

VACCINO ANTI-INFLUENZALE STAGIONE 2022-2023
CEPIVO PROTI GRIPI 2022-2023

<input type="checkbox"/>	ULT65	ETA' SUPERIORE A 65 ANNI / STAROST NAD 65 LET
<input type="checkbox"/>	I6064	ETA' TRA 60 E 64 ANNI / STAROST MED 60 IN 64 LET
<input type="checkbox"/>	IF-6A	PERSONALE SANITARIO DIPENDENTE / ZAPOSLENO ZDRAVSTVENO OSEBJE
<input type="checkbox"/>	IF-6B	PERSONALE AMMINISTRATIVO DIPENDENTE STRUTTURE SANITARIE / UPRAVNO OSEBJE, ZAPOSLENO V ZDRAVSTVENIH USTANOVAH
<input type="checkbox"/>	IF-6C	PERSONALE DI ASSISTENZA IN SRUTTURE PRIVATE / NEGOVALNO OSEBJE V ZASEBNIH USTANOVAH
<input type="checkbox"/>	OANIM	LAVORATORE A CONTATTO CON ANIMALI O MATERIALE DI ORIGINE ANIMALE / DELAVEC V STIKU Z ŽIVALMI ALI MATERIALOM ŽIVALSKEGA IZVORA
<input type="checkbox"/>	OSP	OSPITE IN STRUTTURA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA / GOST V ZDRAVSTVENI IN SOCIALNI USTANOVI
<input type="checkbox"/>	SE PUB	SOGGETTO ADDETTO A SERVIZIO PUBBLICO DI PRIMARIO INTERESSE / PREDMET JAVNE SLUŽBE PRIMARNEGA INTERESA
<input type="checkbox"/>	ST SAN	STUDENTE-SPECIALIZZANDO-TIROCINANTE AREA SANITARIA / ŠTUDENT – SPECIALIZANT - PRIPRAVNIK NA PODROČJU ZDRAVSTVA
<input type="checkbox"/>	VOSAN	VOLONTARIO NEL SETTORE DELLA SANITA' / PROSTOVOLJNO DELO V ZDRAVSTVENEM SEKTORJU

Luogo e data / *Datum in kraj* _____ Firma / *Podpis* _____

VACCINO ANTI-INFLUENZALE STAGIONE 2022-2023
CEPIVO PROTI GRIPI 2022-2023

VISIONATA CHECK-LIST PRE-VACCINALE COMPILATA PER VACCINO ANTI SARS-COV-2 / COVID19 /
PREGLEDAN IZPOLNJEN KONTROLNI SEZNAM PRED CEPLJENJEM ZA CEPIVO SARS-COV-2 / COVID19

L'OPERATORE CHE RILEVA L'ANAMNESI / UPRAVLJAVEC, KI OPRAVLJA ANAMNEZO:	
NOME E COGNOME / IME IN PRIIMEK:	FIRMA / PODPIS:

ETICHETTA / VACCINO USATO OZNAKA / UPORABLJENO CEPIVO
VACCINO / CEPIVO:
SCADENZA / DATUM IZTEKA:
LOTTO / SERIJA:
DATA E ORA SOMMINISTRAZIONE / DATUM IN URA DAJANJA:
SEDE DI INOCULO / MESTO CEPLJENJA:

L'OPERATORE VACCINATORE / IZVAJALEC CEPLJENJA:	
NOME E COGNOME / IME IN PRIIMEK:	FIRMA / PODPIS: