



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "EUGENIO PERTINI"

**VIALE XI SETTEMBRE 2001- 91100 TRAPANI - Cod. Mecc. TPIC84200B – C.F.
93072130813 - C.U. UFE0P3**

Tel.0923539178- e-mail: tpic84200b@istruzione.it – tpic84200b@pec.istruzione.it

Sito internet: www.icpertinitrapani.edu.it



Prot. n. **14165**
Circ. **68**

Trapani, 17/10/2025

Ai genitori alunni delle sezioni di scuola
dell'infanzia e primaria
Ai responsabili di plesso
Ai coordinatori di classe e di sezione

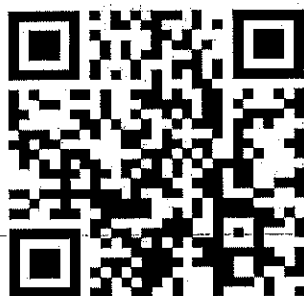
**OGGETTO: PROGETTO "VACCINAZIONE CON VACCINO INTRANASALE
ANTIFLUENZALE NELLE SCUOLE PUBBLICHE DELL'INFANZIA E PRIMARIE –
INCONTRO INFORMATIVO RIVOLTO AI GENITORI**

In riferimento alla nota prot. 140535 del 25/09/2025, relativa al progetto di vaccinazione innovativa rivolta ai bambini dai 2 ai 10 anni. L'innovazione consiste in un vaccino intranasale sicuro e non invasivo da effettuare in un'unica somministrazione che verrà condotta direttamente nelle scuole. Per illustrare l'iniziativa volta alla tutela della salute dei bambini, l'ASP propone un incontro informativo rivolto ai genitori che si terrà in modalità Meet il giorno 23 ottobre 2025 alle ore 15.30 attraverso scansione del QR CODE in calce alla presente.

Si auspica la più ampia partecipazione.

Dopo l'incontro informativo, l'ASP propone come vaccinazione la data del 6 novembre, giornata nella quale i genitori che hanno dato il consenso, attraverso apposito modulo allegato, compilato e firmato da entrambi i genitori, potranno presenziare alla vaccinazione del proprio figlio insieme al docente di classe.

Seguirà circolare per ulteriori informazioni relative alla giornata della vaccinazione.



Il Dirigente Scolastico
dot.ssa Maria Laura Lombardo



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PALERMO

PROMISE
Consorzio di Promotori alla Cura: Istituto Nazionale Tumori, Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori, Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori



DICHIARO pertanto che mio figlio/a

☐ **aderisca** ☐ **NON aderisca**

Alla vaccinazione in oggetto

☐ **volere** ☐ **NON volere**

Informare il pediatra di libera scelta di mio figlio/a della partecipazione al progetto e della vaccinazione eseguita

Che inoltre mio figlio/a ha meno di 9 anni e **NON ha mai effettuato** in precedenza la vaccinazione antinfluenzale e quindi dovrà

effettuare una seconda dose a partire da 4 settimane dopo la prima dose ☐

Nome per esteso del Genitore/Tutore Legale

____/____/____
Data

Firma

Nome per esteso del Genitore/Tutore Legale

____/____/____
Data

Firma

Nome per esteso del bambino/a vaccinando

____/____/____
Data

Firma

Sottoscrivendo questo modulo acconsento al trattamento dei dati personali di mio figlio/a ed al loro caricamento sul portale dell'Anagrafe Vaccinale Regionale per gli scopi del progetto nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornita con il presente documento.

NOTA BENE

una copia del presente modulo, firmato e datato, allegato alle "Informazioni scritte per il Paziente" dovrà essere consegnata al Genitore/Tutore Legale del vaccinando/a

Dipartimento di Prevenzione

U.O.C. (SPEMP) Sanità Pubblica, Epidemiologica e Medicina Preventiva

Via Amm. Staiti, 95 – Trapani

Tel. 0923543011 – Fax 092326363

Mail: epid@asptrapani.it

QUESTIONARIO SULLA SALUTE DEL/DELLA BAMBINO/A
(da compilare a cura del genitore/tutore prima della vaccinazione)
ANAMNESI PRE-VACCINALE

1. Sta bene attualmente?		No ☐	Sì ☐
2. Ha o ha avuto malattie importanti?		No ☐	Sì ☐
Se sì, specificare quale malattia.....			
3. Ha impianti cocleari?		No ☐	Sì ☐
4. Soffre o ha sofferto di deficit del sistema immunitario?		No ☐	Sì ☐
Se sì, specificare.....			
5. Soffre di asma grave?		No ☐	Sì ☐
6. Negli ultimi tre mesi ha assunto farmaci in continuità?		No ☐	Sì ☐
Se sì, specificare se:	cortisonici ad alte dosi	No ☐	Sì ☐
	antineoplastici	No ☐	Sì ☐
	Antivirali	No ☐	Sì ☐
	Salicilati	No ☐	Sì ☐
7. Nell'ultimo anno ha ricevuto trasfusioni o immunoglobuline?		No ☐	Sì ☐
8. Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni?		No ☐	Sì ☐
Se sì, si è trattato di reazioni importanti?		No ☐	Sì ☐
Quali?			
9. È allergico a qualche componente di alimenti o farmaci?		No ☐	Sì ☐
Se sì, specificare se:	Gentamicina	No ☐	Sì ☐
	Proteine dell'uovo	No ☐	Sì ☐
	Gelatina	No ☐	Sì ☐
10. Nel nucleo familiare (contatti stretti) è sono presenti persone affette da grave immunodepressione (es. trapiantati)		No ☐	Sì ☐

Data...../...../.....

Firma Genitore

Firma Op. Sanitario.....



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PALERMO

PROMISE
Consorzio di Promozione per la Cura, Monitoraggio, Prevenzione, Diagnosi e Cura di Promisi



MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Versione 02 del 09/04/2025

Titolo del progetto: Vaccinazione con vaccino intranasale antinfluenzale nelle scuole dell'infanzia e primarie pubbliche nel comune di Agrigento, Palermo e Trapani

Promotori del progetto: Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.PP. di Agrigento, Palermo e Trapani, Università degli Studi di Palermo – Dipartimento PROMISE – Scuole Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva e Pediatria

Referente Vaccinazione: Dott. Gaspare Canzoneri, 0923-543040, epid@asptrapani.it

Io sottoscritto/a _____ nato/a il ____/____/____ residente
a _____ via/piazza _____ Tel. _____
domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Padre di _____ nato/a il _____ a _____
residente a _____ via/piazza _____

Madre di _____ nato/a il _____ a _____
residente a _____ via/piazza _____

DICHIARO

- di aver ricevuto dai Sanitari esaurienti spiegazioni in merito alla richiesta di partecipazione di mio figlio/a alla vaccinazione con vaccino intranasale nelle scuole dell'infanzia e primarie pubbliche del Comune di Agrigento, Palermo e Trapani secondo quanto riportato nella scheda informativa, facente parte di questo consenso, della quale mi è stata consegnata una copia in data _____ alle ore _____ (indicare data e ora della consegna);
- che mi sono stati chiaramente spiegati e di aver compreso la natura, le finalità, le procedure, i benefici attesi, i rischi e gli inconvenienti possibili e le alternative della vaccinazione a scuola;
- che mi sono stati illustrate le controindicazioni al vaccino intranasale (allergia alla gentamicina/proteine dell'uovo, immunodepressione, asma grave), che tuttavia rappresentano forti raccomandazioni alla vaccinazione (intramuscolo inattivata su coltura cellulare);
- di aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti;
- di aver avuto tutto il tempo necessario prima di decidere se partecipare o meno;
- di non aver avuto alcuna coercizione indebita nella richiesta del Consenso;
- che mi è stato chiaramente spiegato di poter decidere liberamente di non prendere parte allo progetto;
- di essere consapevole dell'importanza (e della mia responsabilità) di informare il pediatra di libera scelta di mio figlio/figlia della vaccinazione da effettuare;

Segreteria Tecnico -Scientifica: Responsabile: Grazia Scalici -
Personale Amministrativo: Leto Anna Maria - Donzelli Gabriella-

Saletta Gaetana - Data Manager: Gennusa Vincenzo. Contatti Tel.: 091 6555210 - 091 6555211 - 091 6555212 - 091 6555206
e-mail: celpalermo1@policlinico.pa.it