



ASL Lecce



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Servizio Igiene e Sanità Pubblica Area Nord

Unità Operativa Nardò

Piazza Croce Rossa 2 73048 NARDO' (LE)

tel. 0833 568364 fax 0833 568366

e-mail: sisp.uo.nardo@asl.le.it

PEC: sisp.sedenardo.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE POLO 1 - -NARDO'

Prot. 0006520 del 15/10/2025

V (Entrata)

Al Dirigente
I.C. Polo 1 "Piazza Umberto"
leic896001@istruzione.it
NARDO'

Oggetto: Calendario delle vaccinazioni previste per l'A.S. 2025/26.

Con la presente si invia il calendario delle vaccinazioni previste per l'A.S. 2025/26 con preghiera di diffusione ai **GENITORI**, attraverso i **Vostri canali di comunicazione**.

Gli alunni dovranno presentarsi nella data e orario indicato nel calendario accompagnati da un genitore presso il Servizio Vaccinazioni sito in Piazza Croce Rossa, 2 Nardò (con il consenso informato compilato in ogni sua parte).

Si allega:

- 1) INFORMATIVA e CONSENSO INFORMATO
- 2) DELEGA VACCINAZIONI (per i genitori impossibilitati ad accompagnare il proprio figlio.)
- 3) CALENDARIO ATTIVITA' VACCINALE

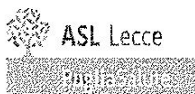
Ringraziando per la cortese collaborazione si porgono **Distinti Saluti**.

Nardò



Il Dirigente Medico Responsabile
UO SISP Nardò-Copertino

ASL LECCE
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Unità Operativa Nardò-Copertino
Il Dirigente Medico
Dr.ssa Simona DI BARI



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Unità Operativa Nardò-Copertino
sede di Nardò
Piazza Croce Rossa 2 73048 NARDO' (LE)
tel. 0833 568364 fax 0833 568366
e-mail: sisp.uo.nardo@asl.lecce.it
PEC: sisp.sedenardo.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it

I. C. POLO I
NARDO'

In riferimento all'Attività Vaccinale (A.S. 2025-2026), si comunica quanto segue: le sedute vaccinali pomeridiane previste per le ragazze e i ragazzi **coorte 2014**, sono state programmate secondo il seguente calendario :

MARTEDI' 21 OTTOBRE 2025

II A- IIB- IIE- IIF-IIG-IIHdalle.....15.30.....alle.....16.00

N.B: I RAGAZZI dovranno presentarsi nella data e orario indicato nel calendario, accompagnati da un genitore, presso il Servizio Vaccinazioni sito in Piazza Croce Rossa 2, Nardò (con il consenso informato compilato in ogni sua parte). Per i genitori che non possono accompagnare i figli si prega di compilare il foglio di delega in allegato.



Il Dirigente Medico Responsabile
UO SISP Nardò-Copertino

ASL LECCE
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Unità Operativa Nardò-Copertino
Il Dirigente Medico
Dr.ssa Simona DI BARI

Anamnesi Pre-Vaccinale dinato a..... il.....

1) Sta bene il bambino?	SI ☐	NO ☐
2) Ha o ha avuto malattie importanti?	SI ☐	NO ☐
Se si specificare		
• malattia neurologia	SI ☐	NO ☐
• Malattia con immunodeficienza	SI ☐	NO ☐
3) Ha mai avuto convulsioni?	SI ☐	NO ☐
Se si specificare		
• Con febbre	SI ☐	NO ☐
• Senza febbre	SI ☐	NO ☐
4) Negli ultimi 3 mesi ha assunto farmaci in continuità?	SI ☐	NO ☐
Se si specificare		
• Cortisonici ad alte dosi	SI ☐	NO ☐
• Antineoplastici	SI ☐	NO ☐
5) Negli ultimi 3 mesi è stato sottoposto a terapia radiante?	SI ☐	NO ☐
6) Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue come una trasfusione o immunoglobuline?	SI ☐	NO ☐
7) E' allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino?	SI ☐	NO ☐
• Se sì, si tratta di un vaccino o di un suo componente?	SI ☐	NO ☐
8) Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni?	SI ☐	NO ☐
• Se sì, si è trattato di reazioni importanti? (specificare).....	SI ☐	NO ☐
9) Data ultima mestruazione	/	/
10) Nei giorni precedenti hai avuto contatto stretto con caso probabile o confermato di COVID-19?	SI ☐	NO ☐
Firma del Genitore	Firma Operatore Sanitario	

CONSENSO INFORMATO Anti-HPV e Anti-MEN (a,b,c,y,w135)

Il sottoscritto.....nato a..... il.....

GENITORE DI

Cognome **Nome**nato a.....

il.....Residente.....Cell.....

☐ **AUTORIZZO**

☐ **NON AUTORIZZO**

La somministrazione del vaccino Anti-HPV ☐ **Anti-Meningo B** ☐ **Anti-Menigo a,c,y,w** ☐

N.B. Far pervenire questo stampato compilato al Servizio Vaccinazioni anche in caso di dissenso

Data.....

Firma del genitore

Cari Genitori,

la Regione Puglia ha previsto nell'ambito del Calendario Regionale Vaccini l'offerta attiva e gratuita a tutte le ragazze e ragazzi appartenenti alla coorte **2014**, della vaccinazione **Anti-Papillomavirus** umano (HPV) ed **Anti-Meningococco B** e **Anti-Meningococco ACYW135** riconoscendo che gli adolescenti sono più esposti al rischio di contrarre queste malattie e sono la fascia d'età che ha il più alto tasso di trasmissione delle stesse.

L'infezione da HPV causa patologie, sia benigne che maligne, (es. tumore del collo dell'utero) a livello degli organi riproduttivi.

Il vaccino anti-HPV è sicuro ed efficace e viene somministrato per iniezione intramuscolare (2 dosi)

La meningite meningococcica è una grave infezione delle meningi, che se contratta, provoca una condizione molto grave per l'organismo, la sepsi. Sono attualmente noti 12 tipi di meningococco, ma solo cinque (A,B,C,Y,W135) sono rilevanti dal punto di vista clinico e capaci di provocare malattie ed epidemie. La trasmissione avviene da persona a persona per via aerea attraverso le goccioline di saliva.

Il vaccino è sicuro ed efficace. Viene eseguito tramite iniezione intramuscolare.

Meningococco ACYW135 (1 dose), Meningococco B (2 dosi).

Le reazioni associate alle vaccinazioni sono lievi e transitorie, le più frequenti sono la febbre e le reazioni locali nella sede di iniezione.

Le vaccinazioni sono controindicate in caso di gravidanza e in caso di allergia ad una dose precedente dello stesso vaccino o ad uno dei suoi componenti.

Inoltre, deve essere rinviata se è in corso una malattia acuta con febbre.

Come tutte le vaccinazioni eseguite per via intramuscolare, anche questo vaccino va somministrato con cautela alle persone con deficit della coagulazione.

Le vaccinazioni verranno effettuate presso l'ambulatorio di:

Nardo' Piazza Croce Rossa,2

P.S: Il ragazzo/a dovrà presentarsi non a digiuno, accompagnato/a da almeno un Genitore e con il cartellino personale delle vaccinazioni per la trascrizione.

Compilare in ogni sua parte e firmare l'anamnesi pre-vaccinale e il consenso informato allegato

Per i genitori che non possono accompagnare i figli si prega compilare il foglio delega allegato



Il Dirigente U.O.
Marcucci M. Rosaria