

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 T.U. – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a: \_\_\_\_\_

nato/a a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

residente a: \_\_\_\_\_ in Via: \_\_\_\_\_

nella sua qualità di (padre, madre, tutore): \_\_\_\_\_

dell'alunno/a: \_\_\_\_\_

iscritto per l'a.s. 2017/18 alla classe (classe + settore): \_\_\_\_\_

**consapevole che, in caso di mendaci dichiarazioni, il DPR 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.lgs 196/2003,**

### DICHIARA

CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A E' STATO/A SOTTOPOSTO/A ALLE SEGUENTI VACCINAZIONI (barrare le voci che interessano e scrivere la data in cui è avvenuta la vaccinazione):

	VACCINAZIONE	DATA
<input type="checkbox"/>	ANTI-POLIOMIELITICA	
<input type="checkbox"/>	ANTI-DIFTERICA	
<input type="checkbox"/>	ANTI-TETANICA	
<input type="checkbox"/>	ANTI-EPATITE B	
<input type="checkbox"/>	ANTI-PERTOSSE	
<input type="checkbox"/>	ANTI HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B	
<input type="checkbox"/>	ANTI - MORBILLO	
<input type="checkbox"/>	ANTI - ROSOLIA	
<input type="checkbox"/>	ANTI -PAROTITE	
<input type="checkbox"/>	ANTI-VARICELLA	

CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A E' ESONERATO (cfr art. 1 commi 2 e 3 DL 07/06/17 n.73).

Si allega comprovata notifica effettuata dal medico curante

CHE PER IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A E' STATA EFFETTUATA FORMALE RICHIESTA DI VACCINAZIONE ALL'AZIENDA SANITARIA TERRITORIALMENTE COMPETENTE.

Si allega copia di formale richiesta di vaccinazione

Luogo e data

In fede

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma leggibile)

\* **ALLEGARE COPIA DI VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITA' DI CHI FIRMA**