

AUTOCERTIFICAZIONE DI VACCINAZIONE

il/la sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a _____ classe/sezione _____

nato/a a _____ il ____/____/____

codice fiscale _____

residente in _____ prov. _____

indirizzo _____

appartenente all'ASL _____

DICHIARA

sotto personale responsabilità, consapevoli delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, (art. 76 D.P.R. n. 445/2000), che relativamente alle indicazioni ministeriali sul nuovo decreto-legge n.73/2017, "**Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale**", per l'a. s. 2019-2020

- sono state eseguite le seguenti vaccinazioni obbligatorie e i relativi richiami:
- anti-poliomielitico
- anti-difterica
- anti-tetanica
- anti-epatite B
- anti-pertosse
- anti-Haemophilus tipo b
- anti-meningococcica B (obbligatoria per i nati dall'anno 2017)
- anti-meningococcica C (obbligatoria per i nati dall'anno 2012)
- anti-morbillo
- anti-rosolia
- anti-parotite
- anti-varicella (obbligatoria per i nati dall'anno 2017)

Allego il certificato storico delle vaccinazioni e la prenotazione rilasciata dalla ASL delle vaccinazioni non ancora effettuate.

- NON** sono state eseguite TUTTE le vaccinazioni obbligatorie e i relativi richiami quindi allego
- l'esonero, l'omissione o il differimento delle vaccinazioni
- la presentazione di formale richiesta di vaccinazione all'ASL competente con attestazione avente data certa di avvenuta ricezione della stessa da parte del competente servizio della ASL.

Data _____

Firma _____