

AUTOCERTIFICAZIONE DI VACCINAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____
genitore dell'alunno/a _____
classe/sezione _____
nato/a a _____ (____) il _____
codice fiscale _____
residente in _____ prov. _____
indirizzo _____ n. _____
appartenente all'ASL _____

DICHIARA

sotto personale responsabilità, consapevole 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. 2020/2021

- sono state eseguite le seguenti vaccinazioni obbligatorie e i relativi richiami:
- anti-poliomelitico;
 - 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 dell'anno 2017)

Allego il certificato dello 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 _____