

AUTOCERTIFICAZIONE DI VACCINAZIONE

il/la sottoscritto/a _____

genitore/tutore dell'alunno/a _____

classe _____ sezione _____ specializzazione _____

nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____

codice fiscale _____

residente in _____ prov. _____

indirizzo _____

appartenente all'ASL _____

D I C H I A R A

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. 2017-2018

sono state eseguite le seguenti vaccinazioni obbligatorie e i relativi richiami (mettere una X nella casella interessata):

Si	No	Vaccinazione
		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)

(se **NON** sono state eseguite **TUTTE** le vaccinazioni obbligatorie e i relativi richiami)

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 _____

(Allegare documento di identità in corso di validità per invii a mezzo posta elettronica)