

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 _____

D I C H I A R A

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. 2017-2018

☐ 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 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 _____