

AUTOCERTIFICAZIONE DI VACCINAZIONE

I Sottoscritti _____ genitori
dell'alunno/a _____ classe/sezione _____ nato/a
a _____ il _____ codice fiscale
_____ residente in _____
prov. _____ indirizzo _____ appartenente
all'ASL _____

DICHIARANO

sotto la propria 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", convertito in L. 119 del 31 luglio 2017 per l'a.s. _____ le seguenti vaccinazioni indicate:

Anti-poliomielitico
Anti-difterica
Anti-tetanica
Anti-epatite B
Anti-pertosse
Anti-Haemophilus tipo b
Anti-morbillo
Anti-rosolia
Anti-parotite
Anti-varicella

Sono state eseguite in data _____

L'esonero, l'omissione o il differimento delle vaccinazioni

Sono state prenotate presso l'ASL competente.

Triggiano, _____ Firma _____