

AUTOCERTIFICAZIONE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE

(art. 47. D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____ genitore/tutore/affidatario
dell'alunno/a _____, della classe prima ad indirizzo _____, nato/a a
_____, il ____/____/____, codice fiscale _____, residente in
_____ (prov. _____), via/piazza _____
n. _____ appartenente all'Asl _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni,
(art. 76 D.P.R. n. 445/2000)

DICHIARA

sotto personale responsabilità, che relativamente alle indicazioni ministeriali del decreto-legge n. 73/2017, recante
"Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale",

sono state eseguite le seguenti vaccinazioni obbligatorie:

- anti-poliomielitica;
- anti-difterica;
- anti-tetanica;
- anti-epatite B;
- anti-pertosse;
- anti-Haemophilus tipo B;
- anti-morbillo;
- anti-rosolia;
- anti-parotite;
- anti-varicella (obbligatoria solo per i nati dall'anno 2017).

Allego il certificato dello storico delle vaccinazioni e la prenotazione rilasciata dall'Asl delle vaccinazioni non ancora
effettuate, impegnandomi a consegnare entro il 01/03/2023 il certificato definitivo.

2. 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 _____

Ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 recante "codice in materia di protezione dei dati personali" i dati
sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti e, secondo quanto previsto dall'art. 48 del D.P.R. 28 dicembre 2000,
n. 445 saranno utilizzati esclusivamente per gli adempimenti richiesti dal decreto legge 7 giugno 2017 n. 73.