Allegato n.6

AUTOCERTIFICAZIONE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE

Il / La sottoscritta _____

genitore/tutore/affidatario dell'alunno/a _____

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

residente in_____ via _____n.( )

C.F. _____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 arte 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;

( ) TUTTE

1 ( ) Allego il certificato detto storico dette vaccinazioni e la prenotazione rilasciata dall 'Asl delle vaccinazioni non ancora effettuate, impegnandomi a consegnare entro il 01/03/2026 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 _____