

AUTOCERTIFICAZIONE DI VACCINAZIONE

il/la sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a _____

classe/sezione _____

nato/a a _____ il ____/____/____

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”**

- 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 _____