

## 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. 202\_\_-202\_\_

- 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 \_\_\_\_\_