

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di padre _____ madre _____
tutore _____ del/la bambino/a _____
residente a _____ prov. _____
via _____ n. _____ tel. _____

D I C H I A R A

che il proprio figlio/a

È stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie previste dal Decreto Legge 7 giugno 2017 n°73:

- ANTI-POLIOMELITE
- ANTI-DIFTERITE
- ANTI-TETANICA
- ANTI-EPATITE B
- ANTI-PERTOSSE
- ANTI-HAEMOPHILUS INGLUENZA E TIPO B
- ANTI-MORBILLO
- ANTI-ROSOLIA
- ANTI-PAROTITE
- ANTI-VARICELLA

E' stato sottoposto **solo** alle seguenti vaccinazioni obbligatorie:

In attesa di prenotazione presso ASL N° _____

Firma di autocertificazione _____
(Legge 127 del 1997, D.P.R. 445 del 2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda alla scuola

Data _____

- Si allega fotocopia certificato/libretto vaccinazioni
(da consegnare in segreteria in via Italia 13)