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

D I CH I A R A

che il proprio figlio/a ……………………………………………………. nato/a il ……/……/………. frequentante il plesso ……………………………………………………. è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie previste dal Decreto Legge 7 giugno 2017 n°73 trasformato in Legge il 28/07/17 in relazione al piano vaccinale previsto per l’età:

* ANTI-POLIOMELITE
* ANTI-DIFTERITE
* ANTI-TETANICA
* ANTI-EPATITE B
* ANTI-PERTOSSE
* ANTI-HAEMOPHILUS INGLUENZAE TIPO B
* ANTI-MORBILLO
* ANTI-ROSOLIA
* ANTI-PAROTITE
* ANTI-VARICELLA

È stato sottoposto **solo** alle seguenti vaccinazioni obbligatorie

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**In attesa di prenotazione presso ASL N°** …………………………………………………….

**Firma di autocertificazione** ………………………………………………………………………….

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all’impiegato della scuola)

Data …/……/……….

* Si allega fotocopia certificato/libretto vaccinazioni
* (da consegnare in segreteria)