

AUTOCERTIFICAZIONE DI VACCINAZIONE

I sottoscritti Padre _____ Madre _____
genitori 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**", per l'a.s. 2018-2019

sono state eseguite le seguenti vaccinazioni obbligatorie e i relativi richiami:

Vaccinazioni	Richiami da effettuare
<input type="checkbox"/> anti-poliomielitico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> anti-difterica	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> anti-tetanica	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> anti-epatite B	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> anti-pertosse	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> anti-Haemophilus tipo b	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> anti-meningococcica B (obbligatoria per i nati dall'anno 2017)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> anti-meningococcica C (obbligatoria per i nati dall'anno 2012)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> anti-morbillo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> anti-rosolia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> anti-parotite	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> anti-varicella (obbligatoria per i nati dall'anno 2017)	<input type="checkbox"/>

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 Padre _____ Firma Madre _____