

AUTOCERTIFICAZIONE STATO VACCINALE

il/la sottoscritto/a _____
genitore di _____
nato/a a _____ il ____/____/____
codice fiscale _____
residente in _____ prov. _____
indirizzo _____
appartenente all'ASL _____

DICHIARA

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. _____

- SONO state eseguite le vaccinazioni obbligatorie e i relativi richiami.

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.

Scauri il _____

Firma _____