

VACCINAZIONI: DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

genitore dell'alunno/a _____ frequentante,

nell'anno 2017/2018, la classe/sezione _____ della scuola _____

ASL di appartenenza _____;

Consapevole delle responsabilità penali dovute a false dichiarazioni,

DICHIARA

che la situazione vaccinale del proprio/a figlio/a _____ è la seguente: ¹

	VACCINAZIONE EFFETTUATA ²	IMMUNIZZATO/A PER MALATTIA	VACCINAZIONE DIFFERITA	VACCINAZIONE NON ESEGUIBILE	VACCINAZIONE PRENOTATA
anti-poliomielitica					
anti-difterica					
anti-tetanica					
anti-epatite B					
anti-pertosse					
anti-Haemophilus tipo b					
anti-morbillo					
anti-rosolia					
anti-parotite					

Eventuale documentazione allegata:

Ha già consegnato in Segreteria la documentazione completa attestante tutte le
vaccinazioni effettuate? SI NO

Luogo e data _____

In fede (firma del genitore)

1 Segnare con X la voce di interesse per ciascuna delle vaccinazioni obbligatorie. Se si mette la X su IMMUNIZZATO PER MALATTIA, VACCINAZIONE DIFFERITA, VACCINAZIONE NON ESEGUIBILE, VACCINAZIONE PRENOTATA è necessario allegare alla presente la relativa documentazione medica.

2 La documentazione comprovante l'avvenuta vaccinazione può essere allegata, se completa, oppure dovrà essere consegnata in Segreteria a Chiuduno ENTRO IL 10 MARZO 2018 (eccetto per coloro che hanno già consegnato la documentazione completa).