

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47, d.P.R. n. 445/2000)**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ C.F. _____

Indirizzo _____ n. _____

Comune _____ Prov. _____

Professione _____

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____

In qualità di genitore (o esercente la responsabilità genitoriale)

consapevole che in caso di falsità in atti e mendaci dichiarazioni, verranno applicate nei loro riguardi le sanzioni previste dal codice penale, come disposto dall'art. 76 del DPR 445/2000

DICHIARA CHE

Il/la minore _____

Nato/a _____ C.F. _____

Indirizzo _____ n. _____

Comune _____ Prov. _____

ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito:

anti-poliomelitica;

anti-difterica;

anti-tetanica;

anti-epatite B;

anti-pertosse;

anti-Haemophilus influenzae tipo b;

anti-morbillo;

anti-rosolia;

anti-parotite;

anti-varicella (solo per i nati a partire dal 2017).

ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non attuate.

DATA

____/____/____

FIRMA DEL DICHIARANTE

N.B. nel caso di genitori separati/divorziati è necessari la firma di entrambi.
