

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA "SAN DOMENICO SAVIO" - CM. SA1A08600N
SCUOLA PRIMARIA PARITARIA "VILLAGGIO DEL FANCIULLO" - CM. SA1E009006
SCUOLA SECONDARIA PRIMO GRADO "SCUOLA DEL MEDITERRANEO" - C.M. SA1M0B500F

ALLEGATO E

AUTOCERTIFICAZIONE DI VACCINAZIONE

Il/la Sottoscritto/a _____

Genitore dell'alunno/a _____

Classe/sezione _____ 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'anno scolastico 20 ____ - 20 ____.

Sono state eseguite le seguenti vaccinazioni obbligatorie e raccomandate e i relativi richiami:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> anti-poliomielitico | <input type="checkbox"/> anti-pertosse | <input type="checkbox"/> anti-morbillo |
| <input type="checkbox"/> anti-difterica | <input type="checkbox"/> anti- <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B | <input type="checkbox"/> anti-rosolia |
| <input type="checkbox"/> anti-tetanica | <input type="checkbox"/> anti-meningococcica B | <input type="checkbox"/> anti-parotite |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite B | <input type="checkbox"/> anti-meningococcica C | <input type="checkbox"/> anti-varicella |
| <input type="checkbox"/> anti-pneumococco | <input type="checkbox"/> anti-rotavirs | |

Allego il certificati dello storico delle vaccinazioni e la prenotazione rilasciata dall'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 _____