AUTOCERTIFICAZIONE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE

(art. 47. D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a_____ genitore/tutore/affidatario

dell'alunno/a_____, nato/a il ____/____/_____,

a _____, residente a _____

(prov. _____), via/piazza _____ n._____

codice fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | | ASL: _____

iscritto per l'a.s. 2022/2023 alla scuola ☐ INFANZIA ☐ PRIMARIA nella classe/sezione ____/____ ,

D I C H I A R A

sotto la personale responsabilità, consapevole 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 del decreto-legge n. 73/2017, recante "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale", per l'anno scolastico 2022-2023:

☐ <u>sono state eseguite</u> le seguenti vaccinazioni obbligatorie:

- ☐ anti-poliomielitica;
- ☐ anti-difterica;
- ☐ anti-tetanica;
- ☐ anti-epatite B;
- ☐ anti-pertosse;
- ☐ anti-Haemophilus tipo B;
- ☐ anti-morbillo;
- ☐ anti-rosolia;
- ☐ anti-parotite;
- ☐ anti-varicella (obbligatoria solo per i nati dall'anno 2017).

Allego il certificato dello storico delle vaccinazioni e la prenotazione rilasciata dall'ASL delle vaccinazioni non ancora effettuate.

☐ <u>non sono state eseguite</u> 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.

Gravina in Puglia, _____

Firma del genitore/tutore/affidatario

_____

Nota: inserire un X nella casella corrispondente