

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI ATTO DI NOTORIETÀ

(Art. 47 , D.P.R. 445 del 28.12.2000)

VACCINAZIONI (D.L. 7 giugno 2017 n. 73)

Al Dirigente scolastico
dell'I.C. San Gottardo

...I... sottoscritt..... nat... il a.....(prov.....)

residente in (prov.....) via genitore dell'alunn....

..... iscritt..... per l'a.s. 2017/18 alla classe. della scuola

primaria secondaria di I grado

Relativamente alle vaccinazioni obbligatorie sottoindicate dichiara quanto segue:

Vaccinazioni obbligatorie	Contrassegnare con una X le vaccinazioni già certificate	Contrassegnare con una X le vaccinazioni già prenotate	Contrassegnare con una X le vaccinazioni che non saranno effettuate perché il bambino ha già contratto la malattia	Contrassegnare con una X le vaccinazioni che non saranno effettuate per motivi di salute
Anti - poliomielitica				
Anti - difterica				
Anti - tetanica				
Anti – epatite B				
Anti - pertosse				
Anti – Haemophilus influenzale tipo b				
Anti - morbillo				
Anti - rosolia				
Anti - parotite				
Anti – varicella ***				

*** obbligatoria solo per i nati nel 2017

Allega alla presente dichiarazione:

- n. certificati riportanti le vaccinazioni già effettuate.
- copia della prenotazione per le vaccinazioni richieste alla ASL n..... e che saranno effettuate in data.....
- certificato medico attestante le vaccinazioni che non dovranno essere effettuate in quanto ...l...bambin.... ha già contratto la malattia
- certificato medico attestante le vaccinazioni che non dovranno essere effettuate per motivi di salute

Dichiara di essere a conoscenza che la presente dichiarazione e la relativa documentazione deve essere consegnata all'I.C. San Gottardo entro **il 31/10/2017**.

Si impegna inoltre a produrre la certificazione mancante entro il **10 marzo 2018**

La presente dichiarazione è rilasciata in conformità a quanto richiesto dalla normativa vigente e ... I ... sottoscritt... è consapevole delle sanzioni previste per dichiarazione false e omessa vaccinazione

luogo e data

Firma del dichiarante

.....