

AUTOCERTIFICAZIONE DELL'ESECUZIONE DELLE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE

(Ai sensi del DPR 444/2000)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ___/___/_____

residente a _____ in via _____

Genitore di _____ nato/a a _____ il ___/___/_____

iscritto a _____ (*specificare se asilo nido, scuole per l'infanzia o scuola dell'obbligo*) per l'anno educativo _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

estremi di un documento d'identità (Carta d'Identità/passaporto/patente), di cui si allega copia
_____ valido fino al ___/___/_____

DICHIARA

Consapevole delle responsabilità penali e civili dovute a false dichiarazioni, che il proprio figlio/a
(*barrare la voce che interessa*)

è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie previste dalle vigenti leggi sanitarie

oppure

non è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie previste dalle vigenti leggi sanitarie

Luogo e data

Firma _____

Allegati:

- copia documento di identità