

AUTOCERTIFICAZIONE DI VACCINAZIONE

il/la sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a _____

iscritta a codesta _____

nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____

codice fiscale _____

residente in _____ prov. _____

indirizzo _____

appartenente all'ASL _____

D I C H I A R A

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 in base alla legge n. 119/2017 (e modificazioni), alla circolare del Ministero Salute e del MIUR n.2166/2018, alla nota Regione Lombardia n. 8268/2018 e alle successive note di attuazione delle ATS competenti relative **all'obbligo vaccinale**,

sono state eseguite le seguenti vaccinazioni obbligatorie e i relativi richiami:

- anti-poliomielitico
- anti-difterica
- anti-tetanica
- anti-epatite B
- anti-pertosse
- anti-Haemophilus tipo b
- anti-meningococcica B (obbligatoria per i nati dall'anno 2017)
- anti-meningococcica C (obbligatoria per i nati dall'anno 2012)
- anti-morbillo
- anti-rosolia
- anti-parotite
- anti-varicella (obbligatoria per i nati dall'anno 2017)

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 _____