

MODULO AUTOCERTIFICAZIONE VACCINI

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

Alla Dirigente Scolastica dell'IC Satta Spano De Amicis di Cagliari

Il sottoscritto _____ (cognome, nome del genitore / tutore)

nato/a a _____ (____), il _____,

residente a _____ (____) in via _____, n. _____

La sottoscritto/a _____ (cognome, nome del genitore / tutrice)

nato/a a _____ (____), il _____,

residente a _____ (____) in via _____, n. _____

consapevoli delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, in qualità di genitori esercenti la responsabilità genitoriale / di tutore ovvero di soggetto affidatario, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, sotto la propria responsabilità

DICHIARANO

che l'alunno/a, _____
nato/a a _____ (____), il _____

ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito (**apporre una croce sulle caselle di interesse**):

- ☐ anti-poliomielitica;
- ☐ anti-difterica;
- ☐ anti-tetanica;
- ☐ anti-epatite B;
- ☐ anti-pertosse;
- ☐ anti-Haemophilus influenzale tipo b;
- ☐ anti-morbillo;
- ☐ anti-rosolia;
- ☐ anti-parotite;
- ☐ anti-varicella (solo per i nati a partire dal 2017).

Allega il certificato dello storico delle vaccinazioni o la prenotazione rilasciata dall'Asl delle vaccinazioni non ancora effettuate (**apporre una croce sulle caselle di interesse**):

- ☐ è esonerato da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione (come da attestazione allegata);
- ☐ ha omesso o differito una o più vaccinazioni (come da attestazione allegata);
- ☐ ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non effettuate.

I sottoscritti, nel caso in cui non abbia già provveduto, si impegnano a consegnare entro il 31 luglio il certificato vaccinale rilasciato dall'azienda sanitaria locale.

Luogo e data, _____

Firma

Firma
