

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47, d.P.R. n. 445/2000)**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ C.F. _____

Indirizzo _____ n. _____

Comune _____ Prov. _____

Professione _____

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____

In qualità di genitore (o esercente la responsabilità genitoriale)

consapevole che in caso di falsità in atti e mendaci dichiarazioni, verranno applicate nei loro riguardi le sanzioni previste dal codice penale, come disposto dall'art. 76 del DPR 445/2000

DICHIARA CHE

Il/la minore _____

Nato/a _____ C.F. _____

Indirizzo _____ n. _____

Comune _____ Prov. _____

ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito:

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

ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non attuate.

DATA
____/____/____

FIRMA DEL DICHIARANTE

N.B. nel caso di genitori separati/divorziati è necessari la firma di entrambi.
