

AUTOCERTIFICAZIONE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE

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

Il/la sottoscritto/a _____
genitore/tutore/affidatario dell'alunno/a _____, della
classe/sezione _____, nato/a a _____, il ____/____/____,

codice fiscale _____,

residente in _____ (prov. _____),
via/piazza _____, n. _____ appartenente
all'Asl _____

D I C H I A R A

sotto personale responsabilità, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, (art. 76 D.P.R. n. 445/2000), che relativamente alle indicazioni ministeriali del decreto-legge n. 73/2017, recante "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale", per l'anno scolastico 2025-2026

- sono state eseguite le seguenti vaccinazioni obbligatorie:

- anti-poliomielitica;
- anti-difterica;
- anti-tetanica;
- anti-epatite B;
- anti-pertosse;
- anti-Haemophilus tipo B;
- anti-morbillo;
- anti-rosolia;
- anti-parotite;
- anti-varicella (obbligatoria solo per i nati dall'anno 2017).

Allego il certificato dello storico delle vaccinazioni e la prenotazione rilasciata dall'Asl delle vaccinazioni non ancora effettuate.

2. 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 _____