

AUTOCERTIFICAZIONE VACCINAZIONI

Il/La sottoscritto/a _____

(cognome) (nome)

nato/a a _____ () il _____

(luogo)(prov.)

residente a _____ ()

(luogo)(prov.)

in via/piazza _____ n. _____

(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni false e mendaci,
in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che _____

(cognome e nome dell'alunno/a)

nato/a a _____ () il _____

(luogo)(prov.)

- ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie.**

- ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non attuate.**
(apporre una crocetta sulle caselle interessate)

Il Dichiarante

(luogo, data)