**AUTOCERTIFICAZIONE DELL’ESECUZIONE DELLE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE**

(Ai sensi dell’art. 46 del DPR n° 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_genitore/tutore dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e frequentante nell’a.s. 2017/18 la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_sez\_\_\_\_\_\_\_ del

Liceo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,consapevole delle sanzioni penali previste

nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti,uso o esibizione di atti falsi o contenenti

dati non rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che al/alla figlio/a :

□ sono state somministrate tutte le vaccinazioni previste dalla legge;

□ è stato riconosciuto l’esonero per immunizzazione per malattia naturale;

□ è stato riconosciuta l’omissione o il differimento per particolari condizioni cliniche

documentate.

□ è stato effettuata la prenotazione di appuntamento per l’effettuazione delle vaccinazioni

presso l’ASL territorialmente competente.

San Giovanni Rotondo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_