

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
ASL di appartenenza \_\_\_\_\_

consapevole 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 genitore esercente 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 n.119 del 31 luglio 2017, sotto la propria responsabilità,

### DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_ è in regola con il programma vaccinale vigente, avendo effettuato le seguenti vaccinazioni:  anti-poliomelitica;  anti-difterica;  anti-tetanea;  anti-epatite B;  anti-pertosse;  anti-influenzale tipo b;  anti-morbillo;  anti-rosolia;  anti-parotite.

**Si allega copia** certificato vaccinale  **Seguirà consegna** certificato vaccinale **entro il 10 marzo 2018.**

*oppure*

che il/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_ è **esonero** dal sottoporsi alla seguenti vaccinazioni:  anti-poliomelitica;  anti-difterica;  anti-tetanea;  anti-epatite B;  anti-pertosse;  anti-influenzale tipo b;  anti-morbillo;  anti-rosolia;  anti-parotite perché **già immunizzato** per malattia (**allegare documentazione**)

*oppure*

che per il/la proprio/a figlio/a la somministrazione delle vaccinazioni  anti-poliomelitica;  anti-difterica;  anti-tetanea;  anti-epatite B;  anti-pertosse;  anti-influenzale tipo b;  anti-morbillo;  anti-rosolia;  anti-parotite **è stata posticipata (allegare documentazione).**

*oppure*

che la somministrazione della vaccinazioni  anti-poliomelitica;  anti-difterica;  anti-tetanea;  anti-epatite B;  anti-pertosse;  anti-influenzale tipo b;  anti-morbillo;  anti-rosolia;  anti-parotite **non sarà eseguita** per disposizione medica (**allegare documentazione**).

*oppure*

che il/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_ è convocato per il giorno \_\_\_\_\_ per sottoporsi alle seguenti vaccinazioni  anti-poliomelitica;  anti-difterica;  anti-tetanea;  anti-epatite B;  anti-pertosse;  anti-influenzale tipo b;  anti-morbillo;  anti-rosolia;  anti-parotite \_\_\_\_\_ (**allegare copia della prenotazione presso l'ASL**). Seguirà consegna del certificato vaccinale.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*Ai sensi dell'articolo 38, d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto **ovvero** sottoscritta e inviata all'Ufficio competente unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un **documento di identità del sottoscrittore.***

*Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti e, secondo quanto previsto dall'articolo 48 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, saranno utilizzati esclusivamente per gli adempimenti*