**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 2024-2025

1. 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:

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_