

Alla Scuola dell'Infanzia/Nido Integrato
DON GIOVANNI BUSATO
Via Bocca, 24
36070 Castelgomberto (VI)

AUTOCERTIFICAZIONE
(Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 38 comma 3)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. (_____)

il _____ codice fiscale _____

telefono fisso _____ cellulare _____

e-mail: _____@_____

genitore/ tutore del bambino/a _____

nato/a a _____ prov. (_____)

il _____ codice fiscale (bambino/a) _____

frequentante/iscritto la/all'Asilo Nido Integrato o Scuola dell'Infanzia _____

sezione _____

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 31/07/2017, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a

☐ è stato sottoposto alle seguenti vaccinazioni:

☐ antipoliomielitica	☐ antiHaemophilus influenzae tipo b
☐ antidifterica	☐ antimorbillo
☐ antitetanica	☐ antirosolia
☐ antiepatite B	☐ antiparotite
☐ antipertosse	☐ antivaricella

Il/la sottoscritto/a si impegna a consegnare la documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie **entro e non oltre il 10 marzo 2018**, come previsto dalla normativa vigente.

☐ ha richiesto all'Azienda sanitaria locale di effettuare le seguenti vaccinazioni obbligatorie non attuate (**allegare copia della prenotazione dell'appuntamento vaccinale rilasciata dall'AUSLL di competenza**):

☐ antipoliomielitica ☐ antidifterica ☐ antitetanica ☐ antiepatite B ☐ antipertosse	☐ antiHaemophilus influenzae tipo b ☐ antimorbillo ☐ antirosolia ☐ antiparotite ☐ antivaricella
---	--

☐ che il/la proprio/a figlio/a è esonerato dall'obbligo delle seguenti vaccinazioni (**allegare idonea documentazione** attestante l'esonero, il differimento o l'omissione delle vaccinazioni per motivi di salute o di avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale redatta dal pediatra di libera scelta o dal medico di medicina generale):

☐ antipoliomielitica ☐ antidifterica ☐ antitetanica ☐ antiepatite B ☐ antipertosse	☐ antiHaemophilus influenzae tipo b ☐ antimorbillo ☐ antirosolia ☐ antiparotite ☐ antivaricella
---	--

In fede

Data _____

Firma (leggibile) _____

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 richiesti dal decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73.