

MODULO AUTOCERTIFICAZIONE VACCINI

(art. 47, D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____ (Cognome Nome),
nato/a a _____ (luogo), prov. _____, il _____ (giorno,
mese e anno), residente a (luogo) _____
prov. _____ in via _____, n. _____ 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 31 luglio 2017, n. 119, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che _____ (cognome e nome dell'alunno/a),
nato/a a _____ (luogo), prov. _____, il _____ (giorno,
mese e anno) ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito:

- anti-poliomielitica;
- anti-difterica;
- anti-tetanica;
- anti-epatite B;
- anti-pertosse;
- anti-Haemophilus influenzale tipo b;
- anti-morbillo;
- anti-rosolia;
- anti-parotite;
- anti-varicella (solo per i nati a partire dal 2017).

Oppure che:

- è esonerato da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione (come da attestazione allegata);
- ha omesso o differito una o più vaccinazioni (come da attestazione allegata);
- ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non effettuate.

Luogo e data

Il Dichiarante

Ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 autorizza la raccolta dei presenti dati per il
procedimento nel corso del quale la presente dichiarazione viene resa.

La mancata accettazione della presente dichiarazione sostitutiva costituisce violazione dei
doveri d'ufficio (art.74 D.P.R.445/2000).

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.