

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**  
(art. 47, d.P.R. n. 445/2000)

Io sottoscritt \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale, di tutore ovvero di soggetto affidatario, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

Che per \_\_\_ bambin \_\_\_\_\_

*(segnare tutte le caselle relative)*

- ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito:
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> anti-poliomelitica;                         | <input type="checkbox"/> anti-morbillo;                                       |
| <input type="checkbox"/> anti-difterica;                             | <input type="checkbox"/> anti-rosolia;  |
| <input type="checkbox"/> anti-tetanica;                              | <input type="checkbox"/> anti-parotite;                                       |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite B;                             | <input type="checkbox"/> anti-varicella (solo per i nati a partire dal 2017). |
| <input type="checkbox"/> anti-pertosse;                              |   |
| <input type="checkbox"/> anti- <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b; |   |
- ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non attuate.
- si impegna a consegnare, unitamente alla presente o entro 60 giorni, la documentazione comprovante quanto dichiarato (**fotocopia libretto delle vaccinazioni**).

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_

*PRIVACY - Il trattamento dei dati raccolti con questo modulo è soggetto alla riservatezza dei dati e si attesta che i dati conferiti saranno utilizzati solo per lo scopo previsto dal presente modulo. Con la firma si autorizza il trattamento.*