

AUTOCERTIFICAZIONE VACCINAZIONI

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
nato/a a _____ () il _____
(luogo)(prov.)
residente a _____ ()
(luogo)(prov.)
in via/piazza _____ n. _____
(indirizzo)

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

DICHIARA

che _____
(cognome e nome dell'alunno/a)
nato/a a _____ () il _____
(luogo)(prov.)

- ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie.**

- ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non attuate.**
(apporre una crocetta sulle caselle interessate)

(luogo, data)

Il Dichiarante
