

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo di Taggia

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via _____ n. _____
ASL di appartenenza _____

Consapevole delle responsabilità penali dovute a false dichiarazioni,

DICHIARA CHE

- il/la proprio/a figlio/a _____ ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito (*barrare le casella accanto ad ogni vaccinazione effettuata*):
- anti-poliomielitica
 - anti-difterica
 - anti-tetanica
 - anti-epatite B
 - anti-pertosse
 - anti-*Haemophilus influenzae* tipo b
 - anti-morbillo
 - anti-rosolia
 - anti-parotite
 - anti-varicella

oppure

- il/la proprio/a figlio/a _____ è esonerato dal sottoporsi alla seguente vaccinazione _____, perché già immunizzato per malattia (allegare documentazione)

oppure

- la somministrazione della vaccinazione _____ è stata differita per la seguente motivazione _____ (malattia acuta, grave o moderata, con o senza febbre...) - (allegare documentazione rilasciata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta).

oppure

- la somministrazione della vaccinazione _____ non sarà eseguita per la seguente motivazione _____ (malattia acuta, grave o moderata, con o senza febbre...) - (allegare documentazione rilasciata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta).

oppure

- il/la proprio/a figlio/a _____ è convocato per il giorno _____ per sottoporsi alla seguente vaccinazione _____ (allegare copia della prenotazione presso l'ASL).

Luogo e data _____

In fede

(allegare fotocopia di un documento di identità del dichiarante)