

## AUTOCERTIFICAZIONE DI VACCINAZIONE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

classe/sezione \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

appartenente alla ASL \_\_\_\_\_

### DICHIARA

sotto personale responsabilità, consapevoli delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, (art.76 D.P.R. n°445/2000), che relativamente alle indicazioni ministeriali sul nuovo decreto-legge n° 73/2017, "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale", per l'a.s. 2024/25

- sono state eseguite le seguenti vaccinazioni obbligatorie e i relativi richiami:

- ☐ anti-poliomielitica
- ☐ anti-difterica
- ☐ anti-tetanica
- ☐ anti-epatite B
- ☐ anti-pertosse
- ☐ anti-Haemophilus *i* tipo b
- ☐ anti-meningococcica B (obbligatoria per i nati dall'anno 2017)
- ☐ anti-meningococcica C (obbligatoria per i nati dall'anno 2012)
- ☐ anti-morbillo
- ☐ anti-rosolia
- ☐ anti-parotite
- ☐ anti-varicella (obbligatoria per i nati dall'anno 2017)

Allego il certificato dello storico delle vaccinazioni e la prenotazione rilasciata dalla ASL delle vaccinazioni non ancora effettuate.

- NON sono state eseguite TUTTE le vaccinazioni obbligatorie e i relativi richiami quindi allego:
  - ☐ l'esonero, l'omissione o il differimento delle vaccinazioni
  - ☐ la presentazione di formale richiesta di vaccinazione all'ASL competente con attestazione avente data certa di avvenuta ricezione della stessa da parte del competente servizio della ASL.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_