

Al Dirigente scolastico
dell'I.I.S.S. "Alfano da Termoli"
Termoli (CB)

AUTOCERTIFICAZIONI ESPERTO PERSONA FISICA
(Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 38 comma 3)

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ prov. (_____)

il _____ c.f. _____

telefono fisso _____ cellulare _____

e-mail: _____@_____

genitore/ tutore dell'alunno/a _____

frequentante la classe ____ sez. _____ della scuola _____

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000

DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a è stato/a sottoposto/a alle seguenti vaccinazioni:

- antipoliomielitica,
- antidifterica,
- antitetanica,
- antiepatite B,
- antipertosse,
- antiHaemophilusinfluenzae tipo b
- antimorbillo,
- antirosolia,
- antiparotite,
- antivariella
- anti-meningococcica B
- anti-meningococcica C*,
- anti-pneumococcica *
- anti-rotavirus

che il/la proprio/a figlio/a sarà vaccinato/a come da prenotazione ASL che si allega

che il/la proprio/a figlio/a è esonerato/a dall'obbligo delle seguenti vaccinazioni

perché ha già contratto la malattia

perché in particolari condizioni cliniche

e allega attestazione del pediatra / medico di famiglia Dott. _____

Il/la sottoscritto/a si impegna a consegnare la documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie entro e non oltre il **10 marzo 2018**, come previsto dalla normativa vigente.

In fede

Data _____

Firma (leggibile) _____