

**DA CONSEGNARE IN SEGRETERIA ALUNNI ENTRO IL 10 SETTEMBRE 2017**

**AUTOCERTIFICAZIONE PER AVVENUTA VACCINAZIONE**

(ai sensi dell'art.46 D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_,  
a \_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_

consapevole che, in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000)

**DICHIARA**

che il/la figlio/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_,  
prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_, sez. \_\_\_\_\_

- Scuola Infanzia
- Scuola Primaria
- Scuola Secondaria di 1° grado

per l'a.s. 2017/2018, è stato/a sottoposto/a alle seguenti vaccinazioni obbligatorie (barrare con una X quelle effettuate):

- Anti-poliomelitica
- Anti-difterica
- Anti-tetanica
- Anti-epatite B
- Anti-pertosse
- Anti-Harmophilus influenzae tipo B
- Anti-meningococcica B (nati dal 2017)
- Anti-meningococcica C (nati dal 2012 al 2016)
- Anti-morbillo
- Anti-rosolia
- Anti-parotite
- Anti-varicella (nati dal 2017)

**IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA A PRODURRE IDONEA CERTIFICAZIONE ENTRO E NON OLTRE IL 10 MARZO 2018.**

Si allega fotocopia documento di riconoscimento.

Montorio Romano, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_