

**AUTOCERTIFICAZIONE**  
**(Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 38 comma 3)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ )  
il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
telefono fisso \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
genitore/ tutore del bambino/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ )  
il \_\_\_\_\_ codice fiscale (bambino/a) \_\_\_\_\_  
frequentante/iscritto la/all'Asilo Nido Integrato o Scuola dell'Infanzia \_\_\_\_\_  
sezione \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale, di tutore ovvero di soggetto affidatario, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. 119 del 31/07/2017, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a

è stato sottoposto alle seguenti vaccinazioni:

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> antipoliomielitica | <input type="checkbox"/> antiHaemophilus influenzae tipo b |
| <input type="checkbox"/> antidifterica      | <input type="checkbox"/> antimorbillo                      |
| <input type="checkbox"/> antitetanica       | <input type="checkbox"/> antirosolia                       |
| <input type="checkbox"/> antiepatite B      | <input type="checkbox"/> antiparotite                      |
| <input type="checkbox"/> antipertosse       | <input type="checkbox"/> antivarcicella                    |

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.

ha richiesto all'Azienda sanitaria locale di effettuare le seguenti vaccinazioni obbligatorie non attuate (**allegare copia della prenotazione dell'appuntamento vaccinale rilasciata dall'AUSLL di competenza**):

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> antipoliomielitica<br><input type="checkbox"/> antidifterica<br><input type="checkbox"/> antitetanica<br><input type="checkbox"/> antiepatite B<br><input type="checkbox"/> antipertosse | <input type="checkbox"/> antiHaemophilus influenzae tipo b<br><input type="checkbox"/> antimorbillo<br><input type="checkbox"/> antirosolia<br><input type="checkbox"/> antiparotite<br><input type="checkbox"/> antivaricella |
|---|--|

che il/la proprio/a figlio/a è esonerato dall'obbligo delle seguenti vaccinazioni (**allegare idonea documentazione** attestante l'esonero, il differimento o l'omissione delle vaccinazioni per motivi di salute o di avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale redatta dal pediatra di libera scelta o dal medico di medicina generale):

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> antipoliomielitica<br><input type="checkbox"/> antidifterica<br><input type="checkbox"/> antitetanica<br><input type="checkbox"/> antiepatite B<br><input type="checkbox"/> antipertosse | <input type="checkbox"/> antiHaemophilus influenzae tipo b<br><input type="checkbox"/> antimorbillo<br><input type="checkbox"/> antirosolia<br><input type="checkbox"/> antiparotite<br><input type="checkbox"/> antivaricella |
|---|--|

In fede

Data \_\_\_\_\_

Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

**ALLEGA COPIA DI DOCUMENTO D'IDENTITÀ VALIDO DEL DICHIARANTE**

Ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti e, secondo quanto previsto dall'articolo 48 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, saranno utilizzati esclusivamente per gli adempimenti richiesti dal decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73.