Allegato 1

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47, DPR n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a_____
(cognome) *(nome)*
nato/a a _____(____) il _____
(luogo) *(prov.)*
residente a_____(____)
(luogo) *(prov.)*
in via/piazza_____ n. _____
(indirizzo)
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_____
(cognome e nome dell'alunno/a)
nato/a a _____(____) il _____
(luogo) *(prov.)*

□ **ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito[1]:**

□ anti-poliomelitica;
□ anti-difterica;
□ anti-tetanica;
□ anti-epatite B;
□ anti-pertosse;
□ anti-*Haemophilus influenzae* tipo b;
□ anti-morbillo;
□ anti-rosolia;
□ anti-parotite;
□ anti-varicella (solo per i nati a partire dal 2017)

□ **ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non attuate.**

(apporre una crocetta sulle caselle interessate)

_____
(luogo, data)

Il Dichiarante

_____

Ad integrazione e/o in alternativa si presenta:

□ Copia del libretto di vaccinazione vidimato dalla azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o un' attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall'azienda sanitaria locale.

□ Attestazione del differimento e dell'omissione delle vaccinazioni per motivi di salute redatta dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta del SSN (art. 1 c.3).

□ Attestazione di avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale rilasciata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta del SSN o copia della notifica di malattia infettiva rilasciata dall'azienda sanitaria locale competente ovvero verificata con analisi sierologica (art. 1 c.2).

1