

Al Dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo Statale "Padre Pio" – Airola (BN)

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 scuola _____ sez. _____

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 sottoposto alle seguenti vaccinazioni:

- ☐ antipoliomielitica,
- ☐ antidifterica,
- ☐ antitetanica,
- ☐ antiepatite B,
- ☐ antipertosse,
- ☐ antiHaemophilusinfluenzae tipo b
- ☐ antimorbillo,
- ☐ antirosolia,
- ☐ antiparotite,
- ☐ antivaricella

- ☐ anti-meningococcica B
- ☐ anti-meningococcica C*,
- ☐ anti-pneumococcica *
- ☐ anti-rotavirus

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

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

_____ perché

- ☐ 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) _____