

# AUTOCERTIFICAZIONE DI VACCINAZIONE

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

appartenente all' ASL di \_\_\_\_\_

iscritto alla scuola \_\_\_\_\_

per l'a.s. \_\_\_\_\_, sotto la propria responsabilità **DICHIARA** che per il suddetto minore, gli adempimenti previsti relativamente alle vaccinazioni obbligatorie sono:

<b>vaccino obbligatorio</b>	<b>eseguita in data</b>	<b>PRENOTATO</b>	
		<b>SI</b>	<b>NO</b>
Anti-poliomelitica			
Anti-difterica			
Anti-tetanica			
Anti-epatite B			
Anti-pertosse			
Anti-Haemophilus influenzae tipoB			
Anti-morbillo			
Anti-rosolia			
Anti-parotite			
Anti-varicella			

<b>vaccino consigliato</b>	<b>eseguita in data</b>	<b>PRENOTATO</b>	
		<b>SI</b>	<b>NO</b>
Anti-meningococcica B			
Anti-meningococcica C			
Anti-pneumococco			
Anti-rotarivirus			

Per le vaccinazioni eseguite la documentazione comprovante l'avvenuta vaccinazione sarà presentata entro il 10 settembre 2017.

Per le vaccinazioni non ancora effettuate si impegna ad effettuarle e presentare la relativa documentazione entro e non oltre il 10 marzo 2018.

Dichiara infine che la mancata consegna della documentazione nei tempi indicati comporterà la segnalazione all'Azienda Sanitaria Locale di competenza.

\_\_\_\_\_, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Luogo data

\_\_\_\_\_  
Firma

Si allega copia documento identità.

## **Informativa Privacy.**

Ai sensi e per effetto dell'art. 10 del D.Lgs. 196/2003, autorizzo che le informazioni e i dati personali contenuti nel presente documento, siano trattati e memorizzati anche mediante strumenti informatici, per le sole finalità necessarie alla scuola per quanto in oggetto.