



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DI CERTIFICAZIONE VACCINALE**

Mod.: A-027

Rev.: 00

Pagina 1 di 1

Il/La sottoscritto/a _____

genitore/tutore dell'allievo/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il ___ / ___ /20___

consapevole delle responsabilità penali che assume per falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

dichiara

che l'allievo/a, in base al D.L. 73 del 7/06/2017 ("Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale"), è stato/a sottoposto/a alle seguenti vaccinazioni obbligatorie oppure è naturalmente immunizzato (**I**), oppure la vaccinazione costituisce un serio pericolo in relazione a precise condizioni cliniche (**E**), oppure ha già prenotato la vaccinazione (**P**):

TIPO VACCINO		NO		
		I	E	P
anti-poliomielitica	SI	I	E	P
anti-difterica	SI	I	E	P
anti-tetanica	SI	I	E	P
anti-epatite B	SI	I	E	P
anti-pertosse	SI	I	E	P
anti-Haemophilus influenzae tipo b	SI	I	E	P

TIPO VACCINO		NO		
		I	E	P
anti-meningococcica B	SI	I	E	P
anti-meningococcica C	SI	I	E	P
anti-morbillo	SI	I	E	P
anti-rosolia	SI	I	E	P
anti-parotite	SI	I	E	P
anti-varicella	SI	I	E	P

L'avvenuta immunizzazione (I) deve essere comprovata dalla notifica del medico curante, mentre le specifiche condizioni cliniche (E) vanno attestate da un medico di medicina generale o da un pediatra di libera scelta.

Allega la documentazione

La documentazione sarà allegata entro il 10/09/2017 (fase transitoria a.s. 2017/2018)

Dichiara inoltre di essere a conoscenza del fatto che in caso di mancata consegna della documentazione entro i termini previsti, l'inadempienza sarà comunicata all'ASL di competenza.

Moncalieri, ___ / ___ /20___

Firma del genitore/tutore
