ALLEGATO 1

Al Dirigente Scolastico

dell’I.C. “J. Sannazzaro” di Oliveto Citra (SA)

**AUTOCERTIFICAZIONE di VACCINAZIONI**

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 45, 46 e 76 del DPR 445/2000, consapevole delle conseguenze previste in caso di dichiarazioni mendaci, che alla/al propria/o figlia/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**☐ sono state somministrate tutte le vaccinazioni** previste dal Decreto Legge 73 del 7/6/2017 - Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale

**☐ sono state somministrate soltanto le seguenti vaccinazioni** previste dal Decreto Legge 73 del 7/6/2017 - Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale

* anti-poliomielitica
* anti-difterica
* anti-tetanica
* anti-epatite B
* anti-pertosse
* anti-Haemophilus influenzae tipo b
* anti-morbillo
* anti-rosolia
* anti-parotite
* anti-varicella

**☐ non sono state somministrate** tutte le vaccinazioni previste dal Decreto Legge 73 del 7/6/2017 - Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, **ma le seguenti sono state prenotate.**

**(si allega presentazione della richiesta di vaccinazione all’azienda sanitaria locale territorialmente competente)**

* anti-poliomielitica
* anti-difterica
* anti-tetanica
* anti-epatite B
* anti-pertosse
* anti-Haemophilus influenzae tipo b
* anti-morbillo
* anti-rosolia
* anti-parotite
* anti-varicella

**☐ che la/il propria/o figlia/o è esonerato**, in quanto si è immunizzato naturalmente, contraendo la malattia dalle seguenti vaccinazioni (si allega notifica del medico curante)

* anti-poliomielitica
* anti-difterica
* anti-tetanica
* anti-epatite B
* anti-pertosse
* anti-Haemophilus influenzae tipo b
* anti-morbillo
* anti-rosolia
* anti-parotite
* anti-varicella

**☐ che la/il propria/o figlia/o beneficia di omissione o del differimento** in quanto si trova in particolari condizioni cliniche (si allega notifica del medico curante).

Pertanto, il dichiarante

**SI IMPEGNA A**

**consegnare la documentazione comprovante l’effettuazione delle vaccinazioni entro e non oltre il 10 marzo 2018, come previsto dalla normativa vigente**.

Oliveto Citra, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma per esteso e leggibile)

FIRMA DELL’ALTRO GENITORE

(a conferma di essere a conoscenza di quanto indicato nella presente autocertificazione)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma per esteso e leggibile)