

**Al Dirigente Scolastico
dell'istituto Comprensivo "A. Manzoni"
Corridonia (Mc)**

...l...sottoscritt.....nat.....a.....
(prov.....) ilresidente in
 (prov.) via..... n
 genitore/tutore/affidatario dell'alunn.....
 nat..... a (prov.) il
 iscritto, per l'as. 2017/18, alla scuola dell'Infanzia/Primaria/Secondaria di primo grado, nel
 Plesso Classe/Sezione

DICHIARA

VACCINAZIONE ANTI-	di aver sottoposto il minore alle seguenti vaccinazioni:	immunizzazione a seguito di malattia naturale.	di aver presentato formale richiesta di vaccinazione alla ASL competente, per le seguenti vaccinazioni:	In relazione a specifiche condizioni di salute la vaccinazione rappresenta accertato pericolo per la salute
Poliomielitica				
Difterica				
Tetanica				
Epatite B				
Pertosse				
Haemophilus Influenzae Tipo B				
Morbillo				
Rosolia				
Parotite				
Varicella				

(firmare nella casella in caso di dichiarazione/ barrare la casella in caso contrario)

Allega alla presente la seguente documentazione:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....
.....
.....
.....

Dichiara, inoltre, di essere consapevole, ai sensi e per gli effetti di cui alla L.196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega copia di documento di identità in corso di validità, debitamente firmata.

Corridonia,

Firma leggibile del dichiarante

.....