

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

Il sottoscritto MARIO ROSSI nat. o. a
MACERATA (prov. MC) il 20-03-1970 residente in
CORRIDONIA (prov. MC) via S. ANNA n. 2
 genitore/tutore/affidatario dell'alunn. A. ROSSI GIADA
 nata a MACERATA (prov. MC) il 11-07-2014
 iscritto, per l'as. 2017/18, alla scuola dell'Infanzia/Primaria/Secondaria di primo grado, nel
 Plesso CAMPOGIANO Classe/Sezione UNICA

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	Mario Rossi	/	/	/
Difterica	Mario Rossi	/	/	/
Tetanica	Mario Rossi	/	/	/
Epatite B	Mario Rossi	/	/	/
Pertosse	/	/	Mario Rossi	/
Haemophilus Influenzae Tipo B	/	/	Mario Rossi	/
Morbillo	Mario Rossi	/	/	/
Rosolia	Mario Rossi	/	/	/
Parotite	Mario Rossi	/	/	/
Varicella	/	Mario Rossi	/	/

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

Allega alla presente la seguente documentazione:

- 1) COPIA LIBRETTO DELLE VACCINAZIONI.
- 2) CERTIFICATO MEDICO DI MEDICINA GENERALE O DEL PEDIATRA DI IMMUNIZZAZIONE A SEGUITO DI MALATTIA NATURALE.
- 3) COPIA DI RICHIESTA DI VACCINAZIONE ALLA ASL.

4) - - - -

5) - - - -

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, 26-07-2017

Firma leggibile del dichiarante

Mario Rossi

ESEMPIO COMPILAZIONE

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 1 , D.P .R. 355 del 26.01.1999 e Art. 46 , D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto MARIO ROSSI nato a MACERATA
(prov. MC) il 20/03/70 residente in CORRIDONIA (prov. MC)
via S. ANNA n. 2 genitore/tutore/affidatario dell'alunno/a
ROSSI GIADA nat. a MACERATA (prov. MC)
il 11-07-2014 iscritto, per l'as. 2017/18, alla scuola dell'Infanzia/Primaria/Secondaria di primo
grado, nel Plesso CAMPOGIANO Classe/Sezione UNICA

consapevole delle sanzioni penali previste dall'Art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 per chi fornisce dichiarazioni non veritiere

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	Mario Rossi	/	/	/
Difterica	Mario Rossi	/	/	/
Tetanica	Mario Rossi	/	/	/
Epatite B	Mario Rossi	/	/	/
Pertosse	/	/	Mario Rossi	/
Haemophilus Influenzae Tipo B	/	/	Mario Rossi	/
Morbillo	Mario Rossi	/	/	/
Rosolia	Mario Rossi	/	/	/
Parotite	Mario Rossi	/	/	/
Varicella	/	Mario Rossi	/	/

(FIRMARE nella casella in caso di dichiarazione / BARRARE la casella in caso contrario)

Si impegna, pertanto, ad inoltrare la documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni nel termine perentorio del 10 MARZO 2018, previsto dal Decreto Legge 7 giugno 2017, n. 73.

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, 26-07-2017

Firma leggibile del dichiarante

Mario Rossi