

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)

...l...sottoscritt.....nat.....a.....  
.....(prov.....) il .....residente 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 .....

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				
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)*

**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, .....

Firma leggibile del dichiarante

.....