DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000)

ANNO SCOLASTICO 2017 – 2018
(Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte in stampatello maiuscolo)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ Nazione _____ il ___ / ___ / _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Residente in Via/Piazza _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Tel fisso _____ Cell. _____ e-mail _____

In qualità di ☐ madre ☐ padre ☐ tutore

di _____ ☐ maschio ☐ femmina

Nato/a _____ Nazione _____ il ___ / ___ / _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Consapevole delle conseguenze penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

che al minore sono state effettuate le seguenti vaccinazioni:

TIPO di VACCINAZIONE	SI	NO
anti - epatite B		
anti - tetano		
anti - poliomielite		
anti - difterite		
anti - pertosse		
anti – haemophilus influenziate tipo B		
anti - morbillo		
anti - rosolia		
anti - parotite		
anti – meningococco B		
anti – meningococco C		
anti - varicella		

In alternativa allo schema soprariportato si allega copia del libretto vaccinale.

Verona ____/ ____/ _____

Firma

_____