**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 46 del D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(cognome) (nome)*

Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-Nazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

*(luogo) (prov.)*

Residente in:

Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_ Cap\_\_\_\_\_\_\_\_Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Provincia\_\_\_\_\_\_\_

 (luogo) (prov.) (indirizzo)

Tel. Fisso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci,

 in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale, di tutore ovvero di soggetto affidatario, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

Che:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ maschio □ femmina

***(cognome e nome dell’alunno/a)***

Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

*(luogo) (prov.)*

ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito *(1)*

* anti-poliomielitica;
* anti-difterica; o anti-tetanica
* anti-epatite B;
* anti-pertosse;
* anti-Haemophilus influenzae tipo b;
* anti-morbillo;
* anti-rosolia;
* anti-parotite;
* anti-varicella (solo per i nati a partire dal 2017).
* è esonerato da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione (come da attestazione allegata);
* ha omesso o differito una o più vaccinazioni (come da attestazione allegata);
* ha richiesto all’azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non effettuate.

 ***(apporre una croce sulle caselle di interesse)***

Il/La sottoscritto/a – nel caso in cui non abbia già provveduto – si impegna a consegnare**, entro il 10 marzo 2018,** copia del libretto delle vaccinazioni vidimato dalla azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o un’attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall’azienda sanitaria locale.

Verona\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

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

*Firma del dichiarante*

***1)*** *Da non compilare nel caso in cui sia stata presentata copia del libretto delle vaccinazioni vidimato dalla azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o un’attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall’azienda sanitaria locale.*