

**AUTOCERTIFICAZIONE di VACCINAZIONI**

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 45, 46 e 76 del DPR 445/2000, consapevole delle conseguenze previste in caso di dichiarazioni mendaci, che alla/al propria/o figlia/o

**sono state somministrate tutte le vaccinazioni** previste dal Decreto Legge 73 del 7/6/2017 - Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale

**sono state somministrate soltanto le seguenti vaccinazioni** previste dal Decreto Legge 73 del 7/6/2017 - Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale

- anti-poliomielitica
- anti-difterica
- anti-tetanica
- anti-epatite B
- anti-pertosse
- anti-Haemophilus influenzae tipo b
- anti-morbillo
- anti-rosolia
- anti-parotite
- anti-varicella

**non sono state somministrate** tutte le vaccinazioni previste dal Decreto Legge 73 del 7/6/2017 - Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, **ma le seguenti sono state prenotate.**

**(si allega presentazione della richiesta di vaccinazione all'azienda sanitaria locale territorialmente competente)**

- anti-poliomielitica
- anti-difterica
- anti-tetanica
- anti-epatite B
- anti-pertosse
- anti-Haemophilus influenzae tipo b
- anti-morbillo
- anti-rosolia
- anti-parotite
- anti-varicella

**che la/il propria/o figlia/o è esonerato**, in quanto si è immunizzato naturalmente, contraendo la malattia dalle seguenti vaccinazioni (si allega notifica del medico curante)

- anti-poliomielitica
- anti-difterica
- anti-tetanica
- anti-epatite B

- anti-pertosse
- anti-Haemophilus influenzae tipo b
- anti-morbillo
- anti-rosolia
- anti-parotite
- anti-varicella

**che la/il propria/o figlia/o beneficia di omissione o del differimento** in quanto si trova in particolari condizioni cliniche (si allega notifica del medico curante). Pertanto, il dichiarante

**SI IMPEGNA A**

**consegnare la documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni nei termini previsti dalle vigenti disposizioni di legge, ovvero entro il 10 marzo 2018.**

Scafati, \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
*(firma per esteso e leggibile)*

FIRMA DELL'ALTRO GENITORE

(a conferma di essere a conoscenza di quanto indicato nella presente autocertificazione)

\_\_\_\_\_  
*(firma per esteso e leggibile)*