

ROMA



Allegato 1

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà  
(art. 47, d.P.R. n. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)  
Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

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 \_\_\_\_\_  
(cognome e nome dell'alunno/a)  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

- ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito (\*):
  - anti - poliomielitica;
  - anti - difterica;
  - 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);
- è in attesa di avere la notifica di avvenuta immunizzazione a seguito di malattia infettiva in quanto, se pur richiesta, ancora non risulta disponibile presso i Servizi di Igiene Pubblica;
- è in attesa di avere un appuntamento, già richiesto, per l'effettuazione dell'analisi sierologica per avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale;
- è in attesa di effettuare l'analisi sierologica per avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale, con appuntamento fissato per il giorno.....;
- è in attesa di avere i risultati dell'effettuata analisi sierologica per avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale in quanto, se pur richiesti, non sono stati ancora resi disponibili dalla ASL di competenza;
- è in attesa di avere il richiesto vaccino in composizione monocomponente o combinata che tenga conto delle immunizzazioni già avvenute, in quanto ancora non fornito dal Servizio Sanitario Nazionale ".....";
- ha omesso o differito una o più vaccinazioni (come da attestazione allegata);
- ha richiesto all'azienda sanitaria locali di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non effettuate.  
(apporre una croce sulle caselle di interesse)
- Altro "....."

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:

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

**Il Dichiarante**

.....

(\*) Da non compilare nel caso sia stata presentata copia del libretto delle vaccinazioni dalla azienda sanitaria locale o il Certificato vaccinale o un'attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall'azienda sanitaria locale.