



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 locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non effettuate.
- (appone 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:

\_\_\_\_\_  
(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.