

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(ai sensi art.46 D.P.R.445/2000)

OGGETTO: STATO VACCINALE ALUNNO/A

Il / La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (____), il ____/____/____ e residente a
_____ (____), via/p.zza _____ n. _____

Genitore/tutore/affidatario di _____

C.F. _____

Nato/a a _____ (____), il ____/____/____ e residente a
_____ (____), via/p.zza _____ n. _____,

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, dichiara sotto la sua personale responsabilità che il/ la minore è:

in regola con gli obblighi vaccinali previsti dalla L. 119/2017

non in regola con gli obblighi vaccinali previsti dalla L. 119/2017, ma in corso di regolarizzazione

Aprilia, _____

Firma

Con la presente autorizza/delega altresì l'Istituzione Scolastica **I.C. "Arturo Toscanini" di Aprilia** a richiedere ed acquisire per suo conto e a suo nome alla Azienda Sanitaria Latina la situazione vaccinale del minore _____ relativamente agli obblighi vaccinali previsti dalla L. 119/2017.

Aprilia, _____

Firma

Allegati:

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante.
- Altro (specificare) _____

Aprilia, _____

Firma
