ISTITUTO COMPRENSIVO ORBASSANO I
P.zza De Amicis, 12 -10043 ORBASSANO - Tel 011/9002289 - Fax 011/901873

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (_____) – c.a.p._____

in via _____n. _____

tel._____ indirizzo 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 mio figlio/a_____ nato/a_____ (____) il _____

frequentante la classe_____ nell'anno scolastico _____

□ ha effettuato tutte le vaccinazioni obbligatorie previste;

□ è esonerato/a da obbligo vaccinale per avvenuta immunizzazione o controindicazioni mediche

□ ha omesso o differito una o più vaccinazioni ;

□ ha richiesto all'Azienda Sanitaria Locale la prenotazione per le vaccinazioni obbligatorie non effettuate.

Il/La sottoscritto/a si impegna a consegnare, entro 10 giorni dalla data di ricevimento della presente comunicazione del mancato adempimento vaccinale, copia del libretto delle vaccinazioni vidimato dalla azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o il foglio di prenotazione delle stesse rilasciato dall'ASL TO3.

Orbassano, _____

Il Dichiarante ……..……..