

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000)

ANNO SCOLASTICO 2017 – 2018

(Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte in stampatello maiuscolo)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ Nazione _____ il ____ / ____ / ____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente in Via/Piazza _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Tel fisso _____ Cell. _____ e-mail _____

In qualità di madre padre tutore

di _____ maschio femmina

Nato/a _____ Nazione _____ il ____ / ____ / ____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Consapevole delle conseguenze penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,
richiamate dall'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

che al minore sono state effettuate le seguenti vaccinazioni:

TIPO di VACCINAZIONE	SI	NO
anti - epatite B		
anti - tetano		
anti - poliomielite		
anti - difterite		
anti - pertosse		
anti – haemophilus influenzate tipo B		
anti - morbillo		
anti - rosolia		
anti - parotite		
anti – meningococco B		
anti – meningococco C		
anti - varicella		

In alternativa allo schema soprariportato si allega copia del libretto vaccinale.

Verona ____ / ____ / _____

Firma
