

MODELLO DI DICHIARAZIONE DELLA CERTIFICAZIONE VACCINALE

**Al Dirigente Scolastico
dell'I. C. "Luigi Lanzi"
Corridonia (MC)**

Il/La sottoscritto/a nato/a a
 (.....) il Codice Fiscale
 residente a (.....) via n.,
 genitore/tutore/affidatario dell'alunno/a nato/a a
 (.....) il e iscritto/a, per l'A.S. 2018/2019, alla scuola dell'Infanzia/
 Primaria classe/sezione,

DICHIARA

VACCINAZIONI ANTI -	Di aver sottoposto il minore alle seguenti vaccinazioni:	Immunizzazione a seguito di malattia naturale:	Di aver presentato formale richiesta di vaccinazione alla ASL competente, per le seguenti vaccinazioni:	In relazione a specifiche condizioni di salute, la vaccinazione rappresenta accertato pericolo per la salute:
POLIOMIELITICA				
DIFTERICA				
TETANICA				
EPATITE B				
PERTOSSE				
HAEMOPHILUS INFLUENZAE tipo B				
MORBILLO				
ROSOLIA				
PAROTITE				
VARICELLA				

(BARRARE LA CASELLA DI INTERESSE)

Allega alla presente, oltre alla copia del documento d'identità debitamente firmata, la seguente documentazione:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Allegato 1/A - Da consegnare entro il 06 febbraio 2018 (scadenza delle iscrizioni) sia per le scuole primarie che dell'infanzia.

MODELLO DI DICHIARAZIONE DELLA CERTIFICAZIONE VACCINALE

.....
.....
.....
.....
.....

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui alla legge 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data:

Il/La Dichiarante (firma leggibile)

.....