



A. S. P.  
VALLONI MARECCHIA

Ufficio Servizi Educativi

Azienda di Servizi alla Persona

\*\*\*\*\*  
**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 (1):

- |                        |  |
|------------------------|--|
| o anti-poliomielitica; | o anti- <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b;          |
| o anti-difterica;      | o anti-morbillo;                                       |
| o anti-tetanica;       | o anti-rosolia;  |
| o anti-epatite B;      | o anti-parotite;                                       |
| o anti-pertosse;       | o 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);

ha omissso o differito una o più vaccinazioni (come da attestazione allegata);

ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non effettuate.

**(apporre 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 luglio 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**

.....

(1) **Da non compilare nel caso in cui sia stata presentata 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.**