**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

(ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASL di appartenenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali dovute a false dichiarazioni,

**DICHIARA**

 di non aver ricevuto convocazione dalla ASL e che il/la proprio/a figlio/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è in regola con il programma vaccinale vigente. Seguirà consegna del certificato vaccinale.

*oppure*

 il/la proprio/a figlio/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è esonerato dal sottoporsi alla seguente vaccinazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, perché già immunizzato per malattia (allegare documentazione)

*oppure*

 la somministrazione della vaccinazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è stata differita per la seguente motivazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (malattia acuta, grave o moderata, con o senza febbre… ) - (allegare documentazione rilasciata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta).

*oppure*

 la somministrazione della vaccinazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ non sarà eseguita per la seguente motivazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (malattia acuta, grave o moderata, con o senza febbre… ) - (allegare documentazione rilasciata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta).

*oppure*

 il/la proprio/a figlio/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è convocato per il giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per sottoporsi alla seguente vaccinazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (allegare copia della prenotazione presso l’ASL).

*Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(allegare fotocopia di un documento di identità del dichiarante)*