DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’

(Art. 47, d.P.R. n. 445/2000)

il/la sottoscritto/a

nato/a a il / /

residente in prov.

indirizzo

D I C H I A R A

**sotto personale responsabilità**, consapevoli delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, (art. 76 D.P.R. n. 445/2000), che relativamente alle indicazioni ministeriali sul nuovo decreto-legge n.73/2017, “**Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale**”, per l’A.S. 20\_\_/\_\_\_

* Di aver effettuato le seguenti vaccinazioni:
  + anti-poliomielitico \_\_ non ricordo
  + anti-difterica \_\_ non ricordo
  + anti-tetanica \_\_ non ricordo
  + anti-epatite B \_\_ non ricordo
  + anti-pertosse \_\_ non ricordo
  + anti-morbillo \_\_ non ricordo
  + anti-rosolia \_\_ non ricordo
  + anti-parotite \_\_ non ricordo
  + anti-varicella \_\_ non ricordo
  + anti-Haemophilus influenzae tipo b \_\_ non ricordo

Data Firma