

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
nato/a a _____ () il _____
(luogo) (prov.)
residente a _____ ()
(luogo) (prov.)
in via/piazza _____ n. _____
(indirizzo)
telefono _____
email _____

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 n. 119 del 31 luglio 2017, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che _____
(cognome e nome dell'alunno/a)
nato/a a _____ () il _____
(luogo) (prov.)

(barrare la/e casella/e di interesse)

- 1- ha già effettuato tutte le vaccinazioni obbligatorie
- 2- è esonerato da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione o per motivi di salute
- 3- ha rinviato una o più vaccinazioni per motivi di salute
- 4- ha già richiesto all'ASL di effettuare le vaccinazioni obbligatorie mancanti tramite :
 - raccomandata A.R.
 - telefono
 - email ordinaria
 - PEC
- 5- si impegna a prendere immediatamente appuntamento con l'ASL (telefono, e.mail, PEC, raccomandata) per verificare la situazione vaccinale del minore in oggetto e provvedere a quanto sarà eventualmente necessario per la sua regolarizzazione

(luogo e data)

Il Dichiarante

Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti e, secondo quanto previsto dall'articolo 48 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, saranno utilizzati esclusivamente per gli adempimenti richiesti dal decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. 119 del 31 luglio 2017.