DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI ATTO DI NOTORIETÀ
(V A C C I N A Z I O N E)

(Art. 47 , D.P.R. 445 del 28.12.2000)

…l… sottoscritt… .....

nat… il ..... a ....(prov.....)

residente in …….……(prov.....)

via ……. n ……

ASL di appartenenza……

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che , inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000), ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 445/2000

D I C H I A R A

i seguenti **stati, qualità personali o fatti** che sono **a propria <u>diretta</u> conoscenza**, relativi al seguente ALUNNO legalmente rappresentato dal dichiarante, che rende la dichiarazione nell'interesse del rappresentato stesso:

Alunn. … .....

nat… il ..... a ....(prov.....)

ASL di competenza…….....

☐ **che l'alunno sopra indicato <u>È</u> in regola con il programma vaccinale vigente**

☐ **che l'alunno sopra indicato <u>NON</u> è in regola con il programma vaccinale vigente per il seguente motivo:**

…… ……

luogo e data *Firma del dichiarante (*)*

(Allegare fotocopia di un documento di identità del dichiarante)

<u>N.B. la documentazione rilasciata dall'ASL competente comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie deve essere presentata entro il 10 marzo 2018.</u>