# AUTOCERTIFICAZIONE

(Ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a ................................................................ ................................................................

nato/a a ................................................................ il ................................................................ residente a ................................................................ Via ................................................................ N° .........ASL di appartenenza ...................

consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci,

# DICHIARA

**che il proprio figlio/a ................................................................................................ nato ................................................................ il ................................................................ è in regola con il programma vaccinale vigente.**

**ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito[[1]](#footnote-1):**

anti-poliomelitica;

anti-difterica;

anti-tetanica;

anti-epatite B;

anti-pertosse;

anti-*Haemophilus influenzae* tipo b;

anti-morbillo;

anti-rosolia;

anti-parotite;

anti-varicella (solo per i nati a partire dal 2017).

**ha richiesto all’azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non attuate.**

Luogo e data................................................................

In fede

.........................................................................................

(allegare fotocopia di un documento di identità del dichiarante)

1. Da non compilare nel caso sia stata presentata copia del libretto di vaccinazioni vidimato dalla azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o un’attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall’azienda sanitaria locale. [↑](#footnote-ref-1)