

Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
(ai sensi dell'art.46 del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
e residente in \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
genitore/tutore/affidatario di \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
e residente in \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, dichiara sotto la sua personale responsabilità che il/la minore è:

in regola con gli obblighi vaccinali previsti dalla L. 119/2017

non in regola con gli obblighi vaccinali previsti dalla L. 119/2017, ma in corso di regolarizzazione;

\_\_\_\_\_, li \_\_/\_\_/\_\_

Firma

Con la presente autorizza/delega altresì espressamente l' Istituzione scolastica / educativa \_\_\_\_\_ a richiedere ed acquisire per suo conto e a suo nome alla Azienda Sanitaria Latina la situazione vaccinale del minore \_\_\_\_\_ relativamente agli obblighi vaccinali quali previsti dalla legge 31 luglio 2017, n.119.

\_\_\_\_\_, li \_\_/\_\_/\_\_

Firma

Allegare copia di documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità

+