

VACCINAZIONI NON EFFETTUATE

Il/La sottoscritto/a _____

(cognome) (nome)

genitore di _____ iscritto alla classe _____

della Scuola Primaria/Secondaria di primo grado (*cancellare la voce che non interessa*) di

- Carvico;
- Sotto il Monte Giovanni XXIII;
- Villa d'Adda;

*(croettare la voce che interessa)***DICHIARA**sotto la propria responsabilità che il proprio figlio **NON** ha sostenuto le seguenti vaccinazioni

- 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)

(croettare le voci che interessano)

e allega la ricevuta della prenotazione rilasciata dalle ASL per l'effettuazione delle vaccinazioni.

Nota bene: NON SONO ACCETTATE DICHIARAZIONI SENZA ALLEGATA LA PRENOTAZIONE RILASCIATA DALLA ASL INDICANTE LE VACCINAZIONI DA EFFETTUARE_____,
(luogo)_____
(data)_____
(firma del genitore)