

VACCINAZIONI EFFETTUATE

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
genitore di _____ iscritto alla classe _____ A.S. _____

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

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

(*croccettare la voce che interessa*)

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che il proprio figlio ha sostenuto le seguenti vaccinazioni come da certificazione allegata (copia del libretto vaccinale/certificazione medica):

- 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).

(*croccettare le voci che interessano*)

(luogo)

(data)

(firma del genitore)