

# SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA "Mater Orphanorum"

## Compilazione e consegna obbligatoria

### ALLEGATO 2- VACINAZIONI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (art. 47, dpr n. 445/2000 -

Il/La sottoscritta/o \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via n. \_\_\_\_\_

Dichiara che \_\_\_\_\_

(Cognome e Nome del bambino)

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Ha effettuato le Vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito:

- anti – Poliomielitica;
- anti Difterica;
- anti tetanica;
- anti epatite B;
- anti pertosse;
- anti haemophilus influenzale tipo B;
- anti morbillo; anti rosolia;
- anti parotite;
- anti varicella.

A tal fine dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero, che il/la proprio/a figlio/a

- È stato/a sottoposto/a alle VACCINAZIONI OBBLIGATORIE.

Data \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_