

**AUTOCERTIFICAZIONI ESPERTO PERSONA FISICA**

(Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 38 comma 3)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ c. f. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

genitore/ tutore dell'alunno/a

\_\_\_\_\_ frequentante la  
scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000

**DICHIARA**

che il/la proprio/a figlio/a è stato sottoposto alle seguenti vaccinazioni:

- antipoliomielitica,
- antidifterica,
- antitetanica,
- antiepatite B,
- antipertosse,
- antiHaemophilus influenzae tipo b
- antimorbillo,
- antirosolia,
- antiparotite,
- antivaricella (solo per i nati a partire dal 2017)
  
- anti-meningococcica B
- anti-meningococcica C\*,
- anti-pneumococcica \*
- anti-rotavirus
  
- che il/la proprio/a figlio/a sarà vaccinato come da prenotazione ASL che si allega.

- che il/la proprio/a figlio/a è esonerato dall'obbligo delle seguenti vaccinazioni

---

---

- perché ha già contratto la malattia
- perché in particolari condizioni cliniche

Allega attestazione del pediatra / medico di famiglia Dott. \_\_\_\_\_

In fede

Data \_\_\_\_\_

Firma (leggibile) \_\_\_\_\_