

## MODULO AUTOCERTIFICAZIONE VACCINI

(art. 47, D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (Cognome Nome),  
nato/a a \_\_\_\_\_ (luogo), prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ (giorno,  
mese e anno), residente a (luogo) \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali  
previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e  
mendaci, in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale, di tutore ovvero di  
soggetto affidatario, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito  
con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

che \_\_\_\_\_ (cognome e nome dell'alunno/a),  
nato/a a \_\_\_\_\_ (luogo), prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ (giorno,  
mese e anno) 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 (solo per i nati a partire dal 2017).

Allega il certificato dello storico delle vaccinazioni e la prenotazione rilasciata dall'Asl delle  
vaccinazioni non ancora effettuate.

Oppure che:

- è esonerato da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione (come da  
attestazione allegata);
- ha ommesso o differito una o più vaccinazioni (come da attestazione allegata);
- ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non  
effettuate.

Luogo e data

Il Dichiarante

---

Ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 autorizza la raccolta dei presenti dati per il  
procedimento nel corso del quale la presente dichiarazione viene resa.

La mancata accettazione della presente dichiarazione sostitutiva costituisce violazione dei  
doveri d'ufficio (art.74 D.P.R.445/2000).

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.