

SERVIZIO NIDO INTERCOMUNALE DI FIEMME
- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' -
(art. 47, d.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a

nato/a a il e residente a

in Via/Piazza

email

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 n. 119 del 31 luglio 2017, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che il figlio

nato/a a il

(apporre una crocetta sulle caselle interessate)

☐ **ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito:**

- ☐ 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).

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

Data e Luogo

Firma