

Compilazione e consegna obbligatoria

ALLEGATO 2

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI
NOTORIETÀ (ART. 47, d.P.R. n. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a

.....
nato/a a (.....), il
residente a (.....)
in via/piazza, n.

D I C H I A R A che

.....
Cognome e Nome dell'alunno/a
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 influenzae tipo b;
- anti-morbillo;
- anti-rosolia;
- anti-parotite;
- anti-varicella (solo per i nati a partire dal 2017);

data

PADRE (Firma leggibile)
MADRE (Firma leggibile)