Al Dirigente Servizio Politiche Educative

Comune di Pesaro

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(Dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

prov. ( \_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ c..f. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_

telefono fisso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale, di tutore o di soggetto affidatario consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi e per gli effetti del D.L. 7 giugno 2017 n. 73 convertito con modificazioni dalla L. 31 luglio 2017, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che il/la bambino/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante il nido/la scuola dell’infanzia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito:

* antipoliomielitica,
* antidifterica,
* antitetanica,
* antiepatite B,
* antipertosse,
* antiHaemophilusinfluenzae tipo b
* antimorbillo,
* antirosolia,
* antiparotite,
* antivaricella (*solo per i nati a partire dal 2017*)
* è esonerato da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione (come da attestazione allegata del medico di medicina generale o pediatra di libera scelta del SSN);
* ho omesso o differito una o più vaccinazioni (come da attestazione allegata del medico di medicina generale o pediatra di libera scelta del SSN);
* ha richiesto all’Azienda Sanitaria Locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non effettuate;

*(apporre una croce sulle caselle di interesse)*

Il/la sottoscritto/a si impegna a consegnare entro e non oltre il **10 marzo 2018** la documentazione comprovante quanto dichiarato.

In fede

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dichiarante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\*)