



**I l d d l r h r l l d h o d r l r r l h**  
**(art. 47, d.P.R. n. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(luogo)(prov.)  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
(luogo)(prov.)  
in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

c \_\_\_\_\_, nel caso di  
dichiarazioni false e mendaci, in qualità di

\_\_\_\_\_  
(istituto scolastico)

ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

di aver effettuato le seguenti vaccinazioni

anti-poliomelitica

-difterica

-tetanica

-epatite B

-pertosse

-morbillo

-rosolia

-varicella

anti-parotite

-*Haemophilus influenzae* tipo b

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

**Il Dichiarante**

\_\_\_\_\_

