



Istituto Superiore Polispecialistico "San Paolo"

ALLEGATO 1 - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (art. 47, d.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a(cognome)(nome) _____

nato/a _____ (provincia di __), il _____

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 31/7/2017, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA CHE

Il minore (cognome e nome) _____

nato/a a _____ (____) il _____

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;

ha effettuato in data _____ richiesta di prenotazione all'azienda sanitaria locale di _____ per effettuare le seguenti vaccinazioni _____

(luogo, data)

IL DICHIARANTE
