

**AL SIGNOR DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"PADRE GABRIELE MARIA ALLEGRA"
DI VALVERDE (CT)**

__ I __ sottoscritt _____

nato a _____ il _____

residente in _____ Via _____ telefono _____

genitore/tutore dell'**alunno** _____

nato a _____ il _____

iscritto/frequentante nell'a.s. _____ la classe _____ sezione _____

del plesso scolastico di _____,

al fine di consentire a codesta Istituzione scolastica di predisporre gli interventi previsti dalle norme vigenti,

C O N S E G N A

in allegato alla presente, la documentazione di seguito indicata:

- Certificato di vaccinazione**
- Autocertificazione**
- Copia del libretto delle vaccinazioni**

da cui si evince che sono state effettuate le seguenti vaccinazioni obbligatorie:

- anti-poliomielitica
- anti-difterica
- antitetanica
- 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)

- Il/la sottoscritt__ attesta sotto la propria responsabilità che le suddette dichiarazioni sono state rese ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 N. 445 ed è consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false.
- Il/la sottoscritt__ dichiara di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Valverde,

FIRMA DEL GENITORE
