



Asilo Nido
"MARIA AUSILIATRICE"
Via Bellincioni 1
20097 San Donato Milanese
tel. 025569231
segreteria@mariaausiliatrice.it
www.mariaausiliatrice.it

AUTOCERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Io sottoscritto/a _____

Genitore/tutore di _____ frequentante l'Asilo Nido

sotto la mia personale responsabilità, dichiara la seguente **SITUAZIONE VACCINALE** del figlio/a:

<i>(segnare una X per ogni riga)</i> VACCINAZIONE	effettuata	immunizzata per avvenuta malattia	esonerata- omessa-differita per motivi di salute	presentata domanda di effettuazione
<i>Anti-poliomelitica</i>				
<i>Anti-difterica</i>				
<i>Anti-tetanica</i>				
<i>Anti-epatite B</i>				
<i>Anti pertosse</i>				
<i>Anti-haemophilus influenzae tipo b</i>				
<i>Anti- meningococcica B</i>				
<i>Anti- meningococcica C</i>				
<i>Anti-morbillo</i>				
<i>Anti-rosolia</i>				
<i>Anti-parotite</i>				
<i>Anti-varicella</i>				

Sono consapevole che ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di false dichiarazioni accertate dall'amministrazione precedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera. Sono a conoscenza che la mancata accettazione della presente dichiarazione, quando le norme di legge o di regolamento ne consentono la presentazione, costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 del D.P.R. 445/2000). Ai sensi dell'art.10 della legge 675/96, i dati personali forniti dal sottoscritto dovranno essere trattati, dall'ente al quale la presente dichiarazione viene prodotta, per le finalità connesse all'erogazione del servizio o della prestazione per cui la dichiarazione stessa viene resa e per gli eventuali successivi adempimenti di competenza. Mi riservo la facoltà di esercitare in qualunque momento i diritti di cui all'art. 13 della legge.

Mi impegno a fornire la documentazione relativa a quanto sopra entro il _____.

In fede

Firma _____

Luogo e data _____