

AUTOCERTIFICAZIONE

(ai sensi art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il/la Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / _____

(Comune, Provincia o Stato estero)

Residente a: _____ Via _____ N° _____

ASL di appartenenza _____

Consapevole delle responsabilità penali dovute a false dichiarazioni,

DICHIARA

di non aver ricevuto convocazione dalla ASL come previsto dalla disposizione regionale

n. 15657/A14000 del 18.07.2017

che il proprio figlio/a _____

è in regola con il programma vaccinale vigente.

Luogo e data _____

In fede

(allegare fotocopia di un documento di identità del dichiarante)