

**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)*