AUTOCERTIFICAZIONE

(Ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... il .....

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 ,

e che il proprio figlio/a.....
classe sezione indirizzo

è in regola con il programma vaccinale vigente.

Luogo e data.....

In fede

.....

(allegare fotocopia di un documento di identità del dichiarante)