

AUTOCERTIFICAZIONE

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

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

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 _____

è in regola con il programma vaccinale vigente

Luogo e data _____

In fede _____

(allegare fotocopia di un documento di identità del dichiarante)

