**Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà**

 **(art. 47, d.P.R. n. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_)

 in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_

ASL di appartenenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto previsto dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art 78 D.P.R. 445/2000) ai sensi dell’art.47 del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni

**DICHIARA**

I seguenti stati, qualità personali o fatti che sono a propria diretta conoscenza, relativi all’alunn\_\_

legalmente rappresentato dal dichiarante, che rende la dichiarazione nell’interesse del rappresentato stesso.

Alunn\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il

□ **E’** in regola con il programma vaccinale vigente.

□ **NON** **è** in regola con il programma vaccinale vigente.

□ **E’** esonerato da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione (come da attestazione allegata);

□ **ha omesso** o differito una o più vaccinazioni (come da attestazione allegata);

□ **ha richiesto** all’azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non effettuate.

*(apporre una croce sulle caselle di interesse)*

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il dichiarante

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Da non compilare nel caso in cui sia stata presentata copia del libretto delle vaccinazioni vidimato dalla azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o un’attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall’azienda sanitaria locale