

AUTOCERTIFICAZIONE VACCINAZIONI

Genitore: (cognome e nome)

Altro genitore: (cognome e nome)

Genitori di (cognome e nome del figlio/a)

M/F

Data di nascita

Luogo di nascita

Classe frequentata

Indirizzo

dichiariamo che nostro figlio NON è mai stato sottoposto ad alcuna vaccinazione.

Consapevoli dei rischi che può correre, ce ne assumiamo tutte le responsabilità.

Telefono

Cellulare papà

Cellulare mamma

Altri recapiti (specificare se lavoro, nonni, ecc.)

Firma di entrambi i genitori (o del partecipante maggiorenne):

Firma autocertificazione (ARTT. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n.° 445)*

Firma autocertificazione (ARTT. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n.° 445)*

** secondo il Codice Civile in materia di filiazione, le decisioni di maggiore interesse per i figli in materia di educazione, istruzione e salute, rientrando nella responsabilità genitoriale, devono essere sempre assunte in comune accordo dai genitori. Qualora il modulo sia firmato da un solo genitore, si intende che la scelta e le dichiarazioni siano condivise da entrambi i genitori.*

Data: