

Protocollo di Intesa tra ASL Frosinone e Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio – Ufficio VII Ambito Territoriale di Frosinone ‘Rilascio certificazioni per obbligo vaccinale’

**Al Dirigente scolastico
dell’Istituto Comprensivo di
CEPRANO**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(resa ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 445/2000)**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____, il _____,

e residente a _____, in via/piazza _____, n. _____,

genitore/tutore di _____,

alunno/a frequentante nell’a. s. 2017/2018 la sezione/classe _____ sez. _____

della Scuola Infanzia/Primaria/Secondaria di _____,

nato/a a _____, il _____,

e residente a _____, in via/piazza _____, n. _____,

consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000 nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non corrispondenti a verità, **DICHIARA** sotto la sua personale responsabilità che il/la minore è

() in regola con le vaccinazioni previste dal D. L. n. 73 del 07/06/2017 e s.m. e i.

() non in regola con le vaccinazioni previste dal D. L. n. 73 del 07/06/2017 e s.m. e i., ma in corso di regolarizzazione

Lì _____

FIRMA
