AUTOCERTIFICAZIONE VACCINAZIONI

Al Dirigente Scolastico
dell'I.P. "G. Marconi"
di Prato

Il/la sottoscritto/a _____

Padre/Madre/Tutore dello/a studente/ssa _____

nato/a a _____ (___) il _____/_____/_____

frequentante la classe _____ nell'a.s. _____

DICHIARO

☐ che mio figlio è in regola con le vaccinazioni;

☐ di provvedere a prenotare appuntamento per vaccinazioni mancanti a mio figlio;

☐ di aver prenotato le vaccinazioni mancanti presso ASL in data _____/_____/_____

_____, il _____/_____/_____

Firma del genitore/tutore

_____