

AUTOCERTIFICAZIONE VACCINAZIONI

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

Il/la sottoscritto/a:

Padre/Madre dell'alunno/a

- ☐ Dichiaro che mio figlio è in regola con le vaccinazioni
- ☐ Dichiaro di provvedere a prenotare appuntamento per vaccinazioni mancanti a mio figlio
- ☐ Dichiaro di aver prenotato le vaccinazioni mancanti presso ASL in data

, il

Firma
