

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione (ai sensi dell'art 46 del D P R. 445/2000)**

Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ n., \_\_\_\_\_  
genitore/tutore/affidatario di \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D PR 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci,  
falsità negli atti, uso o esibizione di atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a  
verità, dichiara sotto la sua personale responsabilità che il/la minore è:

in regola con gli obblighi vaccinali previsti dalla Legge 119/2017

non in regola con gli obblighi vaccinali previsti dalla Legge 119/2017, ma in corso di regolarizzazione;

\_\_\_\_\_, li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma

Con la presente autorizza/delega altresì espressamente l'Istituzione scolastica \_\_\_\_\_  
a richiedere ed acquisire per suo conto e a suo nome alla Azienda Sanitaria Locale di Latina la situazione  
vaccinale del minore \_\_\_\_\_ relativamente agli obblighi vaccinali previsti  
dalla Legge 31 luglio 2017 n. 119

\_\_\_\_\_, li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma

Allegare copia di riconoscimento del dichiarante in corso di validità