**ALLA DIREZIONE DELLA SCUOLA DELL’INFANZIA**

**“………………………………………………….”**

**con sede in …………………, Via………………….. n. …**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

**RELATIVA ALLA VACCINAZIONE**

(deliberazione Giunta della Regione Veneto n. 1935 del 29.11.2016)

Il sottoscritto (cognome e nome ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di ………………………………………….………………………………

*(genitore/esercente la responsabilità genitoriale/tutore/affidatario)*

per l’iscrizione e la frequenza della Scuola in indirizzo nell’anno scolastico 2017/2018 del bambino/a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a ……………..… il .…………….. codice fiscale ……..……………………

**DICHIARA**

che il bambino/a è stato sottoposto alle vaccinazioni:

□ SI □ NO

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_