

AUTOCERTIFICAZIONE

(ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____, residente a _____, (indirizzo) _____,
ASL di appartenenza _____,

consapevole delle responsabilità penali dovute a false dichiarazioni,

dichiara

di non aver ricevuto convocazione dalla ASL territorialmente competente, come previsto
dalla disposizione regionale n. 15657/A14000 del 18 luglio 2017,

e che il/la proprio/a figlio/a _____ è in regola con il program-
ma vaccinale vigente.

In fede.

luogo e data

firma

Allegare fotocopia di un documento di identità del dichiarante.