



Comune di Firenze
 Servizio Asili Nido e Servizi Complementari

VACCINAZIONI OBBLIGATORIE - AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ residente a _____

Via/P.za _____ n. _____ tel _____

Consapevole delle responsabilità che si assume ai sensi dell'art.76 D.P.R. del 28.12.00 n.445, in caso di dichiarazione non corrispondente al vero.

DICHIARA

Che suo figlio/a _____

Nato/a a _____ il _____ residente a _____

Via/P.za _____ n. _____

- È stato sottoposto/a alle seguenti vaccinazioni obbligatorie (da eseguirsi entro il 3° anno di vita):

ANTIPOLIO		ANTIDIFTOTETANICA		ANTIEPATITE B	
DOSE	DATA	DOSE	DATA	DOSE	DATA
1°		1°		1°	
2°		2°		2°	
3°		3°		3°	
4°		///	////////////////////	////	////////////////////

Le suddette vaccinazioni sono state eseguite presso il Distretto A.S.L. _____

- Non** è stato sottoposto ad alcuna vaccinazione
- Non** è stato sottoposto alle seguenti vaccinazioni: _____

Data _____

In fede
 (Firma del genitore)

Da consegnare all'I.D.A.