

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.S.S. "GALILEI-SANI
LATINA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(ai sensi dell'art.46 del D.P.R. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____, il ____/____/____

E residente in _____, Provincia di _____

Via/Piazza _____ n° _____

Genitore/tutore/affidatario di _____

C.F. _____ nato/a a _____

il ____/____/____ E residente in _____,

Via/Piazza _____ n° _____, frequentante la classe _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R.445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli 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 L.119/2017**
- non in regola con gli obblighi vaccinali previsti dalla L.119/2017, ma in corso di regolarizzazione**

Latina, li _____

FIRMA

- Con la presente autorizza/delega altresì espressamente l'I.S.S. "Galilei-Sani" di Latina a richiedere ed acquisire per suo conto e a suo nome all'A.S.L. di Latina la situazione vaccinale del minore:**

Relativamente agli obblighi vaccinali quali previsti dalla Legge 31 luglio 2017, n.119

Latina, li _____

FIRMA

Allegare copia di documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità