

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Ai sensi e per effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

ANNO SCOLASTICO 2017/2018

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____

TELEFONO _____ CF _____

IN QUALITÀ DI PADRE MADRE TUTORE

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.p.r. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità

DICHIARA

Che al/la figlio/a _____

Nata a _____ il _____

CF _____

Sono state somministrate le seguenti vaccinazioni:

VACCINAZIONI	SI (indicare data)	NO
anti-poliomielitica		
anti-difterica		
anti-tetanica		
anti-epatite		
anti-pertosse		
anti-Haemophilus influenzale tipo b		
anti-meningococcica B		
anti-meningococcica C		
anti-morbillo		
anti-rosolia		
anti-parotite		
anti-varicella		

Si allega copia del libretto vaccinale

Firma _____

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la Scuola procederà al trattamento dei dati personali qui sopra riportati esclusivamente per esplicitare le pratiche d'ufficio inerenti la propria attività istituzionale. I dati raccolti non saranno in alcun modo comunicati e/o diffusi. Salvi i diritti di cui agli artt. 7, 8, 9, 10 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice privacy) si precisa che i dati raccolti potranno essere utilizzati fino a Sua esplicita opposizione inibitoria.

Titolare del trattamento è: *Matteo Peruzzi - Presidente Consorzio Sol.Co Verona - Via Spaziani 4, Verona*

Firma _____

Data _____