



Città di Pescia
Servizio al Cittadino
U.O. Pubblica Istruzione

ALL. C



ANNO EDUCATIVO 2015/2016

AUTOCERTIFICAZIONE DI EFFETTUATE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE

Noi sottoscritti _____ e _____

genitori di _____ nato a _____

il _____

DICHIARIAMO

che nostro figlio/a è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie previste dalle normative vigenti.

DICHIARANO, ALTRESI'

di essere consapevoli delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false o mendaci e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000).

Firma dei genitori

Data,