

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

(Art. 47, d.pr. n.445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____

In via/piazza _____ n. _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D. P. R. 28 dicembre 2000, n. 445 nel caso di dichiarazioni false e mendaci, in qualità di

☐ Operatore in servizio presso _____

Ai sensi e per effetti della legge n. 119 del 31/07/2017 sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

✓ Di aver effettuato le seguenti vaccinazioni:

<input type="radio"/> anti-poliomelitica	<input type="radio"/> non ricordo
<input type="radio"/> anti-difterica	<input type="radio"/> non ricordo
<input type="radio"/> anti-tetanica	<input type="radio"/> non ricordo
<input type="radio"/> anti-epatite B	<input type="radio"/> non ricordo
<input type="radio"/> anti-pertosse	<input type="radio"/> non ricordo
<input type="radio"/> antimorbillo	<input type="radio"/> non ricordo
<input type="radio"/> anti-rosolia	<input type="radio"/> non ricordo
<input type="radio"/> antivaricella	<input type="radio"/> non ricordo
<input type="radio"/> antiparotite	<input type="radio"/> non ricordo
<input type="radio"/> anti-Haemophilus influenzae tipo B	<input type="radio"/> non ricordo

Luogo, data

Il Dichiarante
