



Richiesta di prenotazione vaccinazioni obbligatorie

Il/La sottoscritto/a

(cognome) (nome)

nato/a a _____ () il _____

(luogo) (prov.)

residente a _____ ()

(luogo) (prov.)

in via _____ n. _____

(indirizzo)

e-mail: _____ o Tel. _____

(per l'invio della prenotazione)

in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale, di tutore ovvero di soggetto affidatario, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, sotto la propria responsabilità,

CHIEDE

che per :

(cognome e nome dell'alunno/a)

nato/a a _____ () il _____

(luogo) (prov.)

Codice Fiscale: _____

Centro di vaccinazione di riferimento _____

Venga fatta prenotazione per la esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie non ancora effettuate.

❖ L'ASP comunicherà ai recapiti sopra indicati data e luogo della prenotazione

(luogo, data) _____

Il Dichiarante

Timbro

Firma dell'Operatore