

**Modulo di richiesta di vaccinazione per adempimento all'obbligo vaccinale
ex L. 119/17**

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
nato/a a _____ () il _____
(luogo) (prov.)
residente a _____ ()
(luogo) (prov.)
in via/piazza _____ n. _____
(indirizzo)

Telefono: _____ e-mail: _____

PEC: _____

in qualità di genitore / tutore / soggetto affidatario

RICHIEDE

che _____
(cognome e nome del minore non in regola con le vaccinazioni)
nato/a a _____ () il _____
(luogo) (prov.)

effettui le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito:

- anti-poliomelitica;
- anti-difterica;
- anti-tetanica;
- anti-epatite B;
- anti-pertosse;
- anti-*Haemophilus influenzae* tipo b;
- anti-morbillo;
- anti-rosolia;
- anti-parotite;
- anti-varicella (solo per i nati a partire dal 2017).

(apporre una crocetta sulle caselle interessate)

(luogo, data)

Il Dichiarante
