

**DICHIARAZIONE DEI GENITORI SULLO STATO VACCINALE DEL PROPRIO FIGLIO
VERSO IL MORBILLO-ROSOLIA E PAROTITE**

Io sottoscritto/a _____ in qualità di
genitore di _____
nato/a a _____ (prov. _____) il _____
residente in _____ (prov. _____)
alla via _____
tel. _____

DICHIARO CHE

- | | | | | | |
|---|----------|----|----|-------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> mio figlio/a è stato vaccinato contro: | MORBILLO | SI | NO | Allego
Vaccinale/i | certificato/i |
| | ROSOLIA | SI | NO | | |
| | PAROTITE | SI | NO | | |
|
<input type="checkbox"/> mio figlio/a ha già contratto la malattia: | MORBILLO | SI | NO | | |
| | ROSOLIA | SI | NO | | |
| | PAROTITE | SI | NO | | |

mio figlio/a non è stato vaccinato perché:

- non ero informato/a sull'importanza del vaccino
- mio figlio/a era ammalato/a e ho rimandato la vaccinazione
- ritengo che la malattia non sia pericolosa
- ho paura degli effetti collaterali
- sono contrario/a alle vaccinazioni
- desidero avere un contatto con il centro vaccinale per vaccinare mio/a figlio/a

Napoli _____

FIRMA DEL GENITORE _____

Gli alunni che frequentano per la **prima volta la scuola materna**, gli alunni delle **prime classi delle scuole elementari, medie inferiori e medie superiori** dovranno richiedere, presso il centro vaccinale del Distretto Sanitario competente per territorio, il rilascio del **certificato vaccinale** che, unitamente al presente **modulo**, dovrà essere consegnato presso le segreterie degli istituti scolastici. (**in alternativa si può allegare la fotocopia del libretto vaccinale**)

Si sottolinea l'importanza di prendere contatto con i centri vaccinali per informazioni sulle vaccinazioni e per l'effettuazione delle stesse.