

Allegato C

MODULO ATTESTAZIONE DI ESONERO O DIFFERIBILITA' DELLE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE

Consapevole delle responsabilità penali dovute a false dichiarazioni,

ATTESTO CHE

Il mio assistito (nome e cognome) .....

Nato/a a ..... il .....

Residente a ..... Via ..... N° .....

Distretto ASUR di appartenenza .....

Risulta affetto da *(specificare la condizione che determina la controindicazione alle vaccinazioni, in coerenza con le indicazioni fornite dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità nella Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni ediz. 2009\*<sup>1</sup>)*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

e che pertanto la vaccinazione nei confronti di (segnalare le malattie per cui la vaccinazione è controindicata)  Tetano,  Difterite,  Epatite B,  Poliomielite,  Pertosse,  Haemophilus influenzae b,  Morbillo,  Parotite,  Rosolia,  Varicella  
è controindicata  definitivamente -  temporaneamente

Luogo e data

Il MMG  - PLS   
(Firma e timbro)

.....

<sup>1</sup> Disponibile al seguente link: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_publicazioni\\_1947\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1947_allegato.pdf). Aggiornamenti di tale guida vengono fatti periodicamente in relazione alle nuove evidenze e saranno disponibili alla medesima pagina web