

**Allegato A1 - Copia da consegnare firmata all'Istituto scolastico**

Data: \_\_\_\_\_

**Oggetto: Vaccinazioni di Nome e Cognome,**

nato il ..... a ....., residente .....

Gentili genitori di Nome e Cognome,

con la presente lettera vi informiamo che, da quanto risulta dai dati vaccinali in nostro possesso, il vostro bambino/a, non ha effettuato (o completato) le vaccinazioni previste dall'attuale programma di prevenzione vaccinale in età pediatrica.

In base alle indicazioni della Legge n. 119/2017, avente ad oggetto "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale", pubblicata sulla G.U. n. n. 182 del 05 agosto 2017 siete invitati a effettuare/completare le vaccinazioni di Nome e Cognome.

L'appuntamento è fissato per il giorno \_\_\_\_\_, alle ore \_\_\_\_ presso il nostro ambulatorio di \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_.

entro il mese di \_\_\_\_\_ sarete contattati dagli operatori di questo Servizio per fissare l'appuntamento per un colloquio ed eseguire le vaccinazioni mancanti.

Vi ricordiamo inoltre che, ai sensi della normativa sopra indicata, per il corrente anno scolastico, le scuole sono tenute a richiedervi la presentazione di idonea documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni (un'autocertificazione) o la presentazione della volontà di adesione all'invito alla vaccinazione di vostro figlio da parte dell'azienda sanitaria locale (in allegato) con le seguenti scadenze:

- 10 settembre per i bambini tra 0 e 6 anni che frequenteranno le scuole dell'infanzia (nidi e materne)
- 31 ottobre per gli alunni tra 6 e 16 anni che frequenteranno la scuola dell'obbligo

La presentazione alla Direzione Scolastica (o al referente della struttura educativa dell'infanzia) della copia di questa nota, da voi sottoscritta come attestazione di volontà di aderire all'invito al completamento delle vaccinazioni obbligatorie, costituisce requisito di iscrizione con i limiti e le modalità stabilite dalla norma.

Qualora aveste già provveduto a prenotare un appuntamento per le vaccinazioni di vostro/a Figlio/a, siete pregati di non considerare la presente convocazione ma di sottoscrivere ugualmente l'attestazione allegata.

Ringraziando per l'attenzione, si porgono distinti saluti.

Il referente per le attività vaccinali Dell'ASUR, Area Vasta \_\_\_\_\_ - Distretto di \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_

I sottoscritti \_\_\_\_\_

genitori/tutori di \_\_\_\_\_ dichiarano la propria volontà di

aderire all'invito della ASL.

Firma \_\_\_\_\_

(in caso di genitori separati si suggerisce che l'adesione di volontà venga firmata da entrambi)

Luogo e data \_\_\_\_\_

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\*1)**

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

**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