

ATTESTATO PER OMISSIONE/DIFFERIMENTO VACCINAZIONE

SI ATTESTA che il minore _____

(cognome) (nome)

nato/a a _____

(luogo) (prov.)

residente a _____

(luogo) (prov.)

in via/piazza _____ n. _____

(indirizzo)

Presenta controindicazione

TEMPORANEA

PERMANENTE

Per la/e seguente/i vaccinazione/i perché affetto da*: _____

Ai sensi dell'articolo 38, d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata all'Ufficio competente unitamente a copia di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.

Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali, si autorizza a trattamento dei dati sopra riportati, solo ai fini esclusivi dal decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73.

luogo e data

Timbro e firma del medico

*Tali specifiche condizioni cliniche sono coerenti con le indicazioni fornite dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore della Sanità nella **Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni** ediz. 2009 e disponibile al seguente link: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1947_allegato.pdf.