

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

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

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 _____ (luogo) _____ (_____) il _____
_____ (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