

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)

.....

Visto - Il Direttore del Servizio Igiene e Sanità Pubblica
(Firma e timbro)

¹ Disponibile al seguente link: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1947_allegato.pdf. Aggiornamenti di tale guida vengono fatti periodicamente in relazione alle nuove evidenze e saranno disponibili alla medesima pagina web