

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 _____