

**Allegato A2**

Al Servizio Igiene e Sanità Pubblica Area Vasta .....  
Via .....  
Città.....

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

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

in qualità di genitore/i esercente/i la responsabilità genitoriale, di tutore ovvero di soggetto affidatario, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. 119/2017, sotto la propria responsabilità,

**CHIEDE/CHIEDONO**

Che al/alla proprio/a  
figlio/a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome dell'alunno/a)  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
(luogo)(prov.)

vengano somministrate le vaccinazioni necessarie per il completamento di quelle previste dalla Legge 119/2017.

Al fine di concordare le modalità si chiede di essere contattato:

- al seguente numero telefonico.....
- alla seguente email:.....
- inviando comunicazione all'indirizzo sopra indicato

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

In fede

Firma \_\_\_\_\_

**(in caso di genitori separati si suggerisce che la richiesta venga firmata da entrambi)**