

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)