|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Regione Sicilia** | **MI** | **Unione Europea** |

MINISTERO ISTRUZIONE

Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “CARLO ALBERTO DALLA CHIESA”**

Via Balatelle, 18 - 95037 – San Giovanni La Punta (CT)

Tel. 095/7177802 Fax 095/7170287

e-mail [ctic84800a@istruzione.it](mailto:ctic84800a@istruzione.it) – [ctic84800a@pec.istruzione.it](mailto:ctic84800a@pec.istruzione.it) – sito web www.icdallachiesa.edu.it

Codice Fiscale 90004490877 – Codice Meccanografico CTIC84800A

**Al Dirigente Scolastico**

**dell’I.C. “Carlo Alberto dalla Chiesa”**

**Autodichiarazione per gli alunni di Scuola Secondaria di primo grado resa dai genitori ai sensi degli artt. 46 e 47 d.p.r. n. 445/2000 sullo stato vaccinale del/la figlio/a**

I sottoscritti genitori dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di Scuola Secondaria, in ottemperanza alle disposizioni di legge in vigore dal 07/01/2022, consapevoli delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci **(art. 495 c.p.)**,

**DICHIARANO**

che il/la proprio/a figlio/a

(indicare con una x il caso)

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | ha effettuato n. 3 dosi da meno di 120 giorni |

|  |  |
| --- | --- |
| 2 | ha effettuato n. 2 dosi da meno di 120 giorni |

|  |  |
| --- | --- |
| 3 | è guarito dal covid da meno di 120 giorni |

|  |  |
| --- | --- |
| 4 | ha effettuato due dosi di vaccino da più di 120 giorni |

|  |  |
| --- | --- |
| 5 | ha effettuato la seconda dose di vaccino da meno di 14 giorni |

Si allega certificazione dello stato vaccinale.

San Giovanni La Punta, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_