

Staff Direzione Generale

S.S. Medicina Preventiva - Medico Competente

E-mail :medico.competente@asl4.liguria.it Tel.0185-329355 Fax : 0185-329453

Responsabile del Procedimento: Dott. Raffaele Aloï

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47, D.P.R. n 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____ in via _____ n. _____

Ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, come convertito con modificazioni della legge 31 luglio 2017, n.119, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di aver idonea copertura anticorpale per le seguenti patologie a seguito di vaccinazione o per aver contratto le medesime:

- | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Anti-poliomielitica | <input type="radio"/> Non ricordo |
| <input type="radio"/> Anti-difterica | <input type="radio"/> Non ricordo |
| <input type="radio"/> Anti-tetanica | <input type="radio"/> Non ricordo |
| <input type="radio"/> Anti-epatite B | <input type="radio"/> Non ricordo |
| <input type="radio"/> Anti-pertosse | <input type="radio"/> Non ricordo |
| <input type="radio"/> Anti-morbillo | <input type="radio"/> Non ricordo |
| <input type="radio"/> Anti-rosolia | <input type="radio"/> Non ricordo |
| <input type="radio"/> Anti-varicella | <input type="radio"/> Non ricordo |
| <input type="radio"/> Anti-Parotite | <input type="radio"/> Non ricordo |
| <input type="radio"/> Anti-Influenzale | <input type="radio"/> Non ricordo |
| <input type="radio"/> Anti-meningococcica C | <input type="radio"/> Non ricordo |
| <input type="radio"/> Anti- meningococcica B | <input type="radio"/> Non ricordo |
| <input type="radio"/> Anti- pneumococco | <input type="radio"/> Non ricordo |
| <input type="radio"/> Anti-epatite A | <input type="radio"/> Non ricordo |
| <input type="radio"/> Anti-TBC | <input type="radio"/> Non ricordo |

FAC SIMILE

Luogo e data

il Dichiarante